Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 17. 23. April 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Ueber das Verhalten des Stoffwechsels bei der Schilddrüsentherapie.

Von Dr. *Adolf Dennig*, Privatdocenten an der Universität Tübingen.

Die Substitutionstherapie, welche darauf beruht, dass bei Nachlass oder Ausfall einer Organfunction dieser durch Einverleibung desselben Organs von der nämlichen oder einer anderen Thierspecies — durch Einheilung, Injection, Fütterung — wieder ersetzt werden kann, hat in den letzten Jahren durch Thyreoideadarreichung eine werthvolle Bereicherung erfahren. In erster Linie ist die Behandlung des Myxödems zu nennen, der Krankheit, welche, mit der Kachexia strumipriva identisch, durch den Ausfall der Schilddrüsenfunction bedingt ist (Semon, Kocher 1883). Dieser Zusammenhang zwischen Schilddrüsenverlust einerseits und Entwickelung der myxödematösen Veränderungen andrerseits führten Bircher (1889), Horsley (1890) u. A. dazu, die Thyreoidea dem menschlichen Körper intraperitoneal oder subcutan einzuverleiben. 1891 wurden Glycerinextracte der Hammelschilddrüse dargestellt für subcutane Injection. Howitz und H. Mackenzie gaben die Drüse per os. Die Resultate übertrafen alle Erwartungen.

Aehnliche Erwägungen wie die, welche zur Behandlung des Myxödems führten, veranlassten P. Bruns[1]) bei der Erkrankung der Schilddrüse überhaupt — namentlich bei Strumen — ebenfalls die Substitutionstherapie zu versuchen. Die Erfolge waren, besonders bei der hyperplastischen Form des Kropfes, geradezu zauberhafte; in wenigen Tagen erfolgte bedeutende Rückbildung.

Die rapide Gewichtsabnahme, welche mit Schilddrüsendarreichung behandelte Myxödematöse erleiden, warf bei O. Leichtenstern[2]) die Frage auf, „ob vielleicht auch das normale Fett der Fettleibigen in ähnlicher Weise wie das Fett der Myxödematösen auf Schilddrüsenfütterung reagire“. Gestützt auf die positiven Ergebnisse, welche in der Mehrzahl der Fälle sowohl hinsichtlich des Fettschwundes als der Veränderungen der Haut überhaupt bei der Behandlung der Myxödematösen sich zeigten, stellte Leichtenstern die Hypothese auf, dass die Thyreoidea einen Stoff bereitet, der für das Leben und die Gesundheit des Organismus von grosser Bedeutung ist, der einen regulirenden Einfluss auf die Ernährung der Haut und den Fett- und Wassergehalt des Panniculus adiposus hat. Gesteigerte secretorische Thätigkeit der Schilddrüse bewirkt gesteigerte Verbrennung des Fettes, verminderte Drüsensecretion begünstigt den Fettansatz; dauernder gänzlicher Mangel des Secrets ruft den höchsten Grad der Wucherung des ödematösen Fettgewebes hervor, wie dies bei Myxödem der Fall ist.

Es liegt nahe, die Frage aufzuwerfen: Sollte ein Mittel, welches in kurzer Zeit solch' tiefgreifende Veränderungen im Organismus hervorruft, dass Myxödematöse binnen Kurzem zu völlig anderen Menschen werden, dass Kröpfe einem unter den Augen schwinden, dass Fettleibige trotz gleichbleibender reichlicher Nahrungszufuhr eine rapide Abnahme ihres Körpergewichts erfahren, sollte ein solcher Stoff völlig harmlos sein und nicht da oder dort deletäre Nebenwirkungen entfalten können? Unter dem Namen Thyreoidismus hat man verschiedene Begleiterscheinungen, die bei Darreichung von Schilddrüse beobachtet worden sind, zusammengefasst: so grosse allgemeine Schwäche, Müdigkeitsgefühl, Congestionen, Kopfschmerzen, ziehende Schmerzen, Zittern, Appetitverminderung, Erbrechen, schwerere Störungen von Seiten des Herzens, Herzschwäche, stenokardische Anfälle, Pulsbeschleunigung; Exantheme, Furunkelbildung; Fieber. Im Harn wurde gefunden Zucker und Eiweiss.

Ich stellte mir zur Aufgabe, zu ermitteln, ob durch Schilddrüsenfütterung der Stoffwechsel Noth leidet, namentlich, ob Eiweisszerfall in bedeutenderem Grade statthat. Beruht die Gewichtsabnahme nur auf Wasserentziehung und Fettverbrennung, so schaden wir in keinem Fall mit der Thyreoidinbehandlung; ist aber damit vermehrte Stickstoffausscheidung bei gleichbleibender Zufuhr verbunden, so hat man alle Ursache auf der Hut zu sein. — Bei der Durchsicht der Litteratur fand ich, dass Vermehren[3]) schon im Jahre 1893 bezügliche Stoffwechseluntersuchungen gemacht hat, doch glaube ich, dass die schwankende Stickstoffeinfuhr, die er seinen Gesunden erlaubt hat, keine genauen Resultate ergibt.[4]) Ich führe seine Untersuchungen hier kurz an. Bei 3 Myxödematösen fand Vermehren — wie Mendel[5]) schon früher für den Harnstoff nachgewiesen — dass die N-Abgabe weit hinter der N-Einnahme zurückblieb:

Einnahme	16,5 resp.	12,1 resp.	9,4
Ausgabe	8,6 „	6,1 „	6,3

doch gingen 20 Proc. des zugeführten N mit den Fäces ab, es war also die Resorptionsfähigkeit des Darms herabgesetzt; immerhin ist auch nach Würdigung dieses Deficits die Differenz zwischen N-Einnahme und -Ausgabe noch eine bedeutende. Nach Schilddrüsendarreichung — in einem Falle wurde von der leicht gekochten Drüse 1 Gramm pro die gegeben, in den beiden anderen 0,1 bis 0,4 Thyreoidin — zeigten alle 3 Kranke eine ganz erhebliche Steigerung der N-Excretion, die nach mehreren Tagen eine Höhe erreichte, welche doppelt oder dreimal so hoch war wie vor der Behandlung; dabei verhielt sich die N-Einnahme in der Weise, dass dieselbe in einem Fall die

[1]) P. Bruns, Ueber die Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsenfütterung. Deutsche med. Wochenschrift, 1894, No. 41. — Weitere Erfahrungen über die Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XIII, Heft 1.

[2]) O. Leichtenstern, Ueber Myxödem und über Entfettungscuren mit Schilddrüsenfütterung. Deutsche med. Wochenschrift, 1894, No. 50.

[3]) F. Vermehren, Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyreoidea an Individuen mit und ohne Myxödem. Deutsche med. Wochenschrift, 1893, No. 43.

[4]) Genaueres hierüber siehe C. v. Noorden, Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel etc. Heft I, p. 123. Berlin, Aug. Hirschwald, 1892.

[5]) E. Mendel, Ein Fall von Myxödem. Deutsche med. Wochenschrift, 1893, No. 2.

gleiche blieb, in den anderen beiden Fällen sogar vermindert war. Nach dem Aussetzen resp. der Herabsetzung der Gabe zeigte sich ein geringes und langsames Fallen der Stickstoffausscheidung. Während der Behandlung mit Schilddrüse war die Resorptionsfähigkeit des Darmcanals höher als früher, der Verlust an N betrug nur 11—14 Proc. — Diese Beobachtungen stimmen mit denen Mendel's[6]) überein. Er hat schon früher gefunden, dass während der Thyreoidinbehandlung bei Myxödem neben einer gesteigerten Harnmenge — von 1100 auf 1400 und 2000 — die tägliche Harnstoffmenge von 14 Gramm auf 19,2, ja einmal auf 36,4 Gramm stieg. — Weitere Stoffwechseluntersuchungen Vermehren's bei Nichtmyxödematösen wurden in 6 Fällen vorgenommen: bei 2 jugendlichen Individuen im Alter von 7 Jahren (ein Knabe hatte eine Infractio tibiae, ein elend aussehendes Mädchen hatte einen grossen Abscess am Rücken); bei einem 28jährigen Frauenzimmer mit starker Chlorose und Magenkatarrh; bei 3 alten Leuten im Alter von 52, 60 und 62 Jahren. In den ersten 3 Fällen fand Vermehren keine Veränderungen durch die Schilddrüsendarreichung, es war allerdings eine vermehrte N-Abgabe zu constatiren, doch stand dieselbe im Einklang mit der gesteigerten Eiweisszufuhr. Anders bei den 3 alten Leuten. Hier betrug die

N-Einnahme = 17,5 resp. 11,5 resp. 14,7
die N-Ausgabe = 14,5 „ 8,2 „ 10,7

während bei der Thyreoidinbehandlung die N-Ausgabe auf 18,0, 12,0 und 17,5 stieg; nach dem Aussetzen des Mittels fiel die N-Ausfuhr langsam auf die ursprüngliche Menge zurück.

Vermehren schliesst: Bei jungen Individuen trat nur 2 mal Vermehrung der Diurese ein, bei senilen dagegen Reactionen, welche in der Hauptsache, nämlich in dem vermehrten Umsatze der N-haltigen Bestandtheile, dem Verhalten bei Myxödem entsprechen. Er glaubt annehmen zu dürfen, dass die Veränderungen, welche während des Myxödems in den Geweben vor sich gehen, sich auch bei senilen Individuen finden, und es liegt nahe, die Ursache in der Gemeinschaft des Verhaltens der Glandula thyreoidea — einerseits der pathologischen Atrophie, andrerseits dem physiologischen Schwunde des Organs zu suchen.

Bezüglich des Stoffwechsels bei alten Leuten überhaupt möchte ich hier einschalten, dass manchmal allerdings die Stickstoffausfuhr eine verminderte ist, in anderen Fällen aber nicht besonders von der Norm abweicht. Ich habe bei früher vorgenommenen Untersuchungen bei einer gesunden 89 Jahre alten Frau, der täglich nicht mehr als 9,2 g N beizubringen waren und deren täglicher Calorienwerth nur auf 1200 kam, durchschnittlich nur 8 Gramm Harnstoff = 3,73 Harnstoffstickstoff gefunden = ca. 4,20 Gesammtstickstoff des Harns. Bei einem gesunden 76jährigen Mann dagegen, der einen sehr guten Appetit entwickelte, betrug die N-Einnahme 15,3 Gramm, die Harnstoffausscheidung 27,0 Gramm = 12,6 Gramm Harnstoffstickstoff = ca. 14,0 Gesammt-N; der Rest dürfte wohl im Koth ausgeschieden sein. — Uebrigens wird man von vornherein wohl kaum annehmen dürfen, dass auch bei den Fällen von vermehrter Stickstoffretention eine solche constant ist; es würden sich ja dann die stickstoffhaltigen Bestandtheile im Körper massenhaft anhäufen, zu irgend einer Zeit werden wohl — wenn vielleicht auch unvollständige — Compensationen eintreten müssen.

Meine zur Zeit vorgenommenen Untersuchungen wurden im hiesigen physiologisch-chemischen Laboratorium, das mir Herr Professor v. Hüfner auch dieses Mal wie schon früher zur Verfügung gestellt hat, gemacht. Ich sage auch hier meinem verehrten Lehrer meinen besten Dank für sein liebenswürdiges Entgegenkommen. — Die Beobachtungen erstrecken sich auf 3 Personen.[7])

Fall I. Herr cand. med. T., ein sehr kräftiger Mann mit starkem Panniculus adiposus, nahm während 14 Tagen dieselbe Quantität Nahrung (bei gleichbleibender Wasserzufuhr von 2,5 Liter) zu sich; nach den ersten 4 Tagen wurden ziemlich gleichmässige Mengen N ausgeschieden; nachdem die Menge sich 4 Tage auf derselben Höhe gehalten, wurden 6 Tage lang englische Thyreoidea-Tabletten (1 Tablette = 0,3 g Schilddrüsensubstanz) genommen. Während der Zeit erfolgte eine Gewichtsabnahme von 88,25 auf 85,75 kg.

Der Verlauf geht aus folgender Tabelle hervor.

A. Vor der Schilddrüsenfütterung.

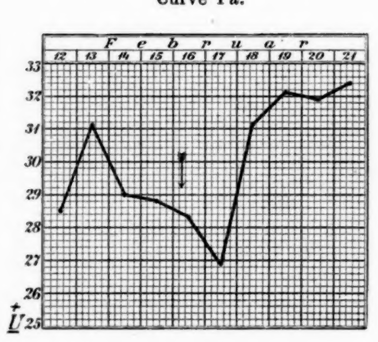
Datum	12. II.	13. II.	14. II.	15. II.
Harnmenge	1075	815	895	1350
Harnstoff in g . . .	28,55	31,0	29,0	28,8
N dem Harnstoff entsprechend	13,33	14,47	13,24	13,44
Gesammt-N in g . . .	14,66	15,4	14,82	15,04

B. Während der Schilddrüsenfütterung.

Datum	16 II.	17. II.	18. II.	19. II.	20. II.	21. II.
Tablettendosis . .	4 Stück	4	4	4	5	6
Harnmenge . . .	1110	1030	1180	1030	920	1020
Harnstoff in g . .	28,17	26,9	31,15	32,16	31,82	32,38
N dem Harnstoff entsprech.	13,15	12,56	14,54	15,0	14,86	15,12
Gesammt-N in g . .	15,61	14,63	16,27	16,11	15,51	16,19

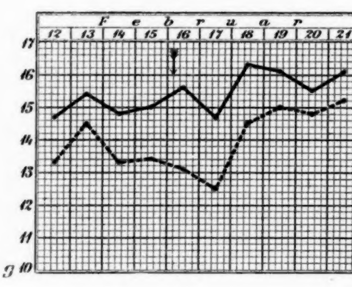
Bemerkungen: 18. II. Abends starkes Herzklopfen. 19. II. Vermehrtes Durstgefühl.

Curve I a.



= Tabletteneinnahme.

Curve I b.



—— = Gesammt-N. ····· = U-N
= Tabletteneinnahme.

Hieraus geht hervor, dass während der Schilddrüsenperiode eine geringe Erhöhung der N-Ausscheidung erfolgt ist; die Unterschiede betragen nur 5 Proc. Die Urinmenge blieb in den beiden Perioden die gleiche (in A durchschnittlich 1035 ccm, in B 1048 ccm).

Zur besseren Uebersicht gebe ich von jedem einzelnen Fall Curven; die erste bedeutet die tägliche Harnstoffmenge, die zweite die Stickstoffmenge und zwar bezeichnet die gestückelte Linie den im Harnstoff enthaltenen Stickstoff, die ausgezogene den Gesammtstickstoff.

Fall II. Herr College K., ein sehr fettreicher Herr, ist gewöhnt, sehr eiweissreiche Kost zu sich zu nehmen. Nach beständig gleichbleibender Nahrungszufuhr schied er während dreier Tage annähernd gleiche Harnstoffmengen aus; hierauf wurden Tabletten genommen.

A. Vorperiode.

Datum	5. II.	6. II.	7. II.
Harnmenge . . .	1140	1065	1020
Harnstoff in g . .	39,7	41,7	40,5
N aus Harnstoff in g .	18,53	19,47	18,91
Körpergewicht	89,6 kg	88,0	87,0

Bemerkung: Puls zwischen 80 und 88.

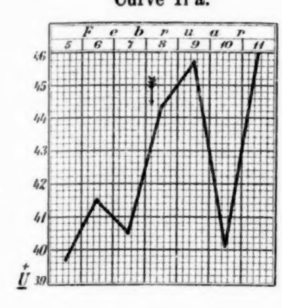
[6]) l. c.
[7]) Von jedem Harn wurden täglich 2 Harnstoffbestimmungen nach v. Hüfner, und 2 Gesammtstickstoffbestimmungen nach Kjeldahl gemacht. Dagegen unterliess ich die Untersuchung der Fäces, da es mir nur darauf ankam, zu ermitteln, ob grobe Störungen im Stickstoffhaushalt vorkommen oder nicht.

B. Schilddrüsenperiode.

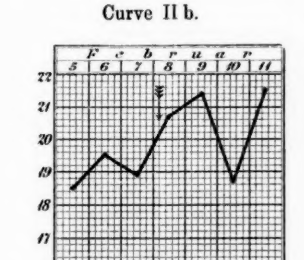
Datum	8. II.	9. II.	10. II.	11. II.
Tablettendosis . .	3 Stück	3	4	4
Harnmenge . . .	980	1300	980	1050
Harnstoff in g . .	44,39	45,76	40,15	46,00
N aus dem Harnstoff in g	20,73	21,36	18,75	21,48
Körpergewicht . .	86,5	87,15	87,5	86,5

Bemerkungen: Puls 78. Klagen über sehr stark vermehrtes Durstgefühl.

Curve II a.



Curve II b.



= Tabletteneinnahme. = Tabletteneinnahme.

In diesem Fall, in welchem nur Harnstoffbestimmungen gemacht wurden, schnellte die Harnstoffausscheidung in den ersten 2 Tagen auf 44,39 und 45,76 hinauf, fiel am folgenden Tag auf 40,15, die frühere Höhe, um Tags darauf die höchste Höhe von 46,0 = 21,48 U-N zu erreichen. Die Steigerung betrug 8 Proc. — Die ausgeschiedene Urinmenge zeigte auch hier keine Differenz in den beiden Perioden — 1075 und 1080. Es wurden ursprünglich nur $1^1/_2$ Liter Flüssigkeit genommen; da aber das Durstgefühl unerträglich war, wurde in der zweiten Periode $^1/_2$ Liter pro Tag mehr zugeführt. Trotz dieser erhöhten Wasseraufnahme in der zweiten Periode stieg die Harmenge nicht. Das Körpergewicht fiel bei dem Herren schon in der Vorperiode — offenbar wegen der Wasserentziehung; in der zweiten Periode zeigten sich Schwankungen. — Die Beobachtungszeit in diesem Fall ist leider eine kurze, und es ist kaum gestattet, Schlüsse zu ziehen; immerhin ist es auffallend, dass in der zweiten Periode die Harnstoffmenge stark in die Höhe ging.

Fall III konnte 27 Tage lang in Beobachtung gehalten werden. Er wurde in der hiesigen chirurgischen Klinik behandelt. — Herr Prof. Dr. Bruns hatte die Güte, an dem Patienten Stoffwechseluntersuchungen vornehmen zu lassen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen verbindlichen Dank sage. — Der Mann, ein 21 jähriger Maurer, ist sehr kräftig, von gut entwickelter Musculatur und mässig entwickeltem Fettpolster. Ausser einem Lupus an der rechten Wange finden sich bei ihm keine Störungen; Herz und Lungen zeigen keine Abnormitäten. Nachdem Patient auf gleichbleibende Diät gesetzt war, zeigten sich nach 4 Tagen ziemlich gleiche Zahlen in der U- und N-Ausscheidung.

A. Vorperiode.

Datum	18. II.	19. II.	20. II.	21. II.
Harnmenge . . .	1150	1130	1310	1240
Harnstoff in g . .	29,71	29,35	27,44	30,3
N aus Harnstoff . .	13,87	13,70	12,8	14,15
Gesammt-N in g .	14,61	14,63	13,84	14,40
Körpergewicht . .	77,5 kg			77,5

Bemerkung: Temperatur zwischen 36,9 und 37,3.

B. Schilddrüsenperiode.

Datum	22. II.	23. II.	24. II.	25. II.	26. II.	27. II.	28. II.	1. III.	2. III.	3. III.	4. III.	5. III.
Tablettendosis . .	3 Stück	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Harnmenge . . .	1270	1320	2000	1360	1220	1480	1450	1390	1370	1320	1360	1240
Harnstoff in g . .	29,6	25,07	39,4	35,94	37,96	35,19	32,4	42,38	41,59	40,2	37,35	37,22
N aus Harnstoff . .	13,82	11,7	18,4	16,78	17,72	16,43	15,13	19,79	19,42	18,77	17,44	17,38
Gesammt-N in g . .	14,93	13,34	20,79	17,61	18,87	18,23	15,88	21,5	20,3	20,0	18,23	17,45
Körpergewicht . .								74,5 kg		73,5		72,5

Bemerkungen: 1. III. Klagen über Mattigkeit und Schluckbeschwerden ohne nachweisbare Ursache. 4. III. Klagen über starken Durst. Temperatur zwischen 36,9 und 37,4 (3 Messungen pro Tag).

C. Nachperiode.

Datum	6. III.	7. III.	8. III.	9. III.	10. III.	11. III	12. III.
Harnmenge .	1100	1120	1170	1170	1440	1250	1350
Harnstoff in g	36,77	37,18	32,3	30,2	34,8	25,63	17,71
N aus Harnstoff	17,17	17,36	15,08	14,1	16,25	11,96	8,27
Gesammt-N in g	18,03	18,37	16,05	15,4	17,4	13,6	9,59
Körpergewicht		72,0		72,5		72,5	73,5

Bemerkungen: Klagen über Durst. Temperatur zwischen 36,6 und 37,3.

Subjective Beschwerden hatte Patient geringe; nur als die ausserordentlich gesteigerte Stickstoffausgabe erfolgte, klagte er über Müdigkeit; später über sehr starken Durst.

Dieser Fall zeigt vor Allem ganz bedeutende Abweichungen in Bezug auf die Harnstoff- und Stickstoffabgabe; er nähert sich aber etwas dem 2. Fall. — Während in der Vorperiode die N-Ausscheidung zwischen 13,84 und 14,63 sich bewegte, erhob sie sich am Tage der Tablettendarreichung um Weniges, fiel am folgenden Tage auf 13,34 und stieg hierauf jäh an auf 20,79 — also um 7,45 g N. — Einen Tag nach diesem excessiven Emporschnellen der Stickstoffausgabe wird insofern ein Diätfehler begangen, als aus Versehen dem Patienten 200 g Fleisch statt 100 g gegeben werden; trotzdem aber sinkt die Stickstoffausscheidung in den folgenden Tagen und erreicht, sich aber weit über der Norm haltend, am 28. II. eine Höhe von 15,88 N. Am 1. III. erfolgt ein abermaliger jäher Anstieg auf 21,5, auf dieser Höhe hält sich die N-Excretion mit geringen Schwankungen während dreier Tage, fällt hierauf etwas und am 6. III. (von welchem Tage an mit der Tablettendarreichung ausgesetzt wird) steht sie auf 18,03. In den folgenden Tagen fällt sie mit einigen Schwankungen erst langsam, dann ausserordentlich rapid, so dass in den beiden letzten Tagen Werthe erreicht werden, die weit unter denjenigen der Eiweisszufuhr stehen. — Es handelt sich also in der Nachperiode erst um Permanenz, ja eher ein leichtes Ansteigen der Stickstoffausscheidung, dann um langsames Abklingen der Wirkung und schliesslich um jähen Absturz, als wie wenn der Körper nun an N festzuhalten versuchte, was nur irgend möglich ist. — Aehnlich wie die Stickstoffabgabe verhält sich die des Harnstoffs. — Es wäre noch hervorzuheben, dass in diesem Fall wie in dem ersten die Curve des Harnstoffstickstoffs und die des Gesammtstickstoffs wohl meistens zu derselben Zeit Hebungen und Senkungen aufweisen, dass aber die Curven nicht streng parallel mit einander gehen und die Ordinaten verschiedene Verhältnisse zeigen; besonders in die Augen springend ist in Fall III der Unterschied am 21. II. und am 5. III. Uebrigens bieten sich derartige Differenzen fast bei jedem Menschen.

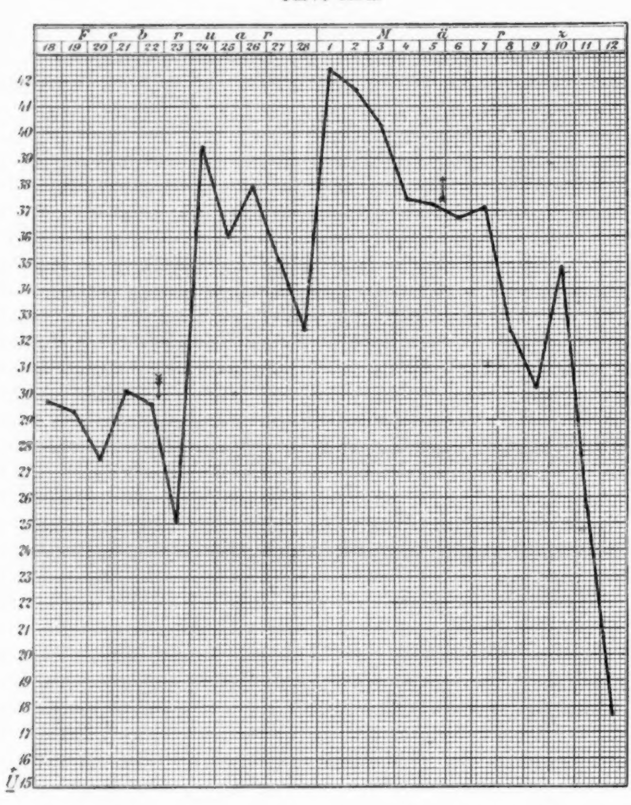
Das Körpergewicht erfuhr in diesem Fall eine stetige Abnahme von 77,5 auf 72,0 kg am 7. III., dem 2. Tage nach dem Aussetzen der Schilddrüsenfütterung; hierauf nahm der

Patient trotz beibehaltener Diät wieder zu und kam nach einigen Tagen auf 73,5 kg.

Die Harnmenge ergab in der ersten Periode eine durchschnittliche Tagesmenge von beiläufig 1210 ccm, in der zweiten Periode von beiläufig 1400 ccm, in der Schlussperiode von beiläufig 1230 ccm.

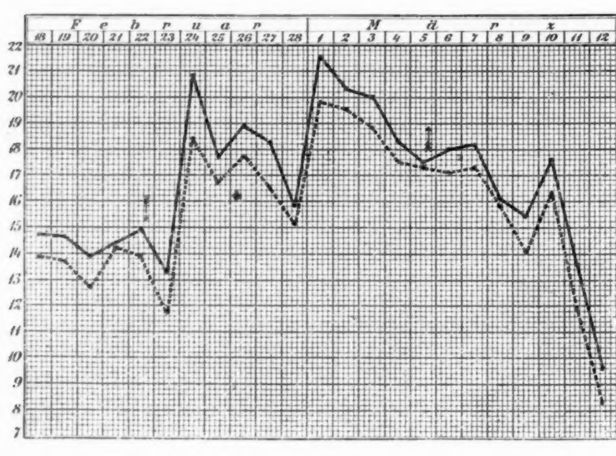
Bei diesem Mann tritt also eine vermehrte tägliche Wasserausscheidung zu Tage, während eine solche in den beiden vorhergehenden Fällen vollständig fehlte. Die Steigerung der Harnmenge ist zwar keine bedeutende, immerhin ist sie um ca. 200 ccm pro die höher als vorher = 16 Proc.

Curve III a.



= Tabletteneinnahme. = Aussetzen der Tablettendarreichung.

Curve III b.



—— = Gesammt-N in g = Tabletteneinnahme.

= $\overset{+}{\text{U}}$N = Aussetzen mit der Fütterung.

Es liegt mir ferne, aus diesen 3 Beobachtungen weitgehende Schlüsse ziehen zu wollen. Immerhin darf man — besonders auch nach Würdigung der Erfahrungen Vermehren's — vielleicht sagen, dass bezüglich der Wirkung der Schilddrüsenfütterung Unterschiede im Körperhaushalt einzelner Individuen bestehen. Während der Eine grössere Mengen Thyreoideasubstanz täglich nehmen kann, ohne dass sein Eiweissbestand wesentlich herabgedrückt wird, kommt es beim Anderen zu erheblichen Schwankungen im Stoffwechsel, die — wenn sie wie im Fall III auftreten — doch zur Vorsicht mahnen; denn wenn ein Mensch 35—40 g Eiweiss i. e. 150—200 g von seinem eigenen Fleisch täglich verliert, so ist dies von Belang. Es ist ja möglich, dass der Fall III eine Ausnahme bildet; ferner ist nicht ausgeschlossen, dass durch Mehrzufuhr von N-haltigem Material das Deficit gedeckt oder zum Mindesten eingeschränkt werden kann. Vielleicht werde ich Gelegenheit haben, ein anderes Mal über derartige Untersuchungen zu berichten.

Zu den unerwünschten Nebenerscheinungen bei Thyreoideabehandlung rechnet man noch das Auftreten von Eiweiss und Zucker im Harn. Ersteres ist bis jetzt nur in geringen Mengen gefunden und verschwand beim Aussetzen des Mittels rasch wieder. Ueber das Vorkommen von Zucker im Harn einer mit Schilddrüsenfütterung behandelten myxödematösen Frau hat Ewald[8]) ausführliche Mittheilungen gemacht. In seinem Fall wurden schon 3 Wochen nach der Darreichung von Schilddrüsentabletten Klagen über unstillbaren Durst laut und zu derselben Zeit 4 Proc. Zucker im Harn nachgewiesen. Beim Aussetzen der Dose fiel der Zuckergehalt auf 2,8 Proc. und stieg nach 3tägigem Gebrauch der Tabletten trotz rationeller Diät auf 6 Proc. Nach nochmaligem Aufhören mit der Fütterung verschwand der Zucker nach 11 Tagen; so gingen die Schwankungen weiter, bis nach 2monatlichem unausgesetztem Tablettengebrauch der Zucker auch nach Aussetzen der Dose und trotz strenger Diät im Harn bestehen blieb und auch noch nach Monaten in Quantitäten von $^3/_4$—1 Proc. nachgewiesen werden konnte. Irgendwelche Beschwerden machte die Glykosurie der Kranken nicht.

Hieran anschliessend möchte ich mit wenigen Worten einen an mir selbst erhobenen Befund mittheilen. Ich hatte vom 16. XII. 1894 bis 25. I. 1895 Schilddrüsentabletten genommen. Mein Körpergewicht betrug vor der Cur 90,5 kg.

Vom 16.—23. XII.	tägl. 2	Tabletten.	Körpergew. am	23. XII.	89,0 kg
„ 23. XII.—2. I. 95	„ 2	„	„	2. I.	88,5 „
„ 2.—11. I.	„ 2	„	„	11. I.	86,75 „
„ 11.—18. I.	„ 3	„	„	18. I.	86,25 „
„ 18.—26. I.	„ 3	„	„	26. I.	87,0 „

Vom 26. I. ab wurde mit den Tabletten ausgesetzt, trotzdem aber nahm das Körpergewicht noch weiter ab und betrug

am 2. II. . . . . 85,0 kg
„ 12. II. . . . . 87,0 „
„ 28. II. . . . . 85,0 „

Am 12. Januar untersuchte ich meinen Harn auf Zucker mittelst der Trommer'schen Probe; dieselbe gab ein negatives Resultat. Am 26. I. kam mir die Arbeit Ewald's zu Gesicht. Eine sofort vorgenommene Untersuchung ergab sowohl mit der Trommer'schen, als der Wismuth-, als der Phenylhydrazinprobe positive Ergebnisse; die Kupferlösung zeigte gelbrothen Niederschlag, das Nylander'sche Reagens wurde schwarz, die E. Fischer v. Jaksch'sche Reaction liess massenhaft Krystalle von Phenylglucosazon erkennen. Dabei war die Eigenthümlichkeit vorhanden, dass der Körper das polarisirte Licht nicht drehte. Der Versuch, mittelst der Bestimmung des spec. Gewichts vor und nach etwaiger Gährung etwas zu erreichen, misslang, wohl aber trübte sich Barytwasser nach längerer Zeit in geringem Grade. In der folgenden Zeit wurden dieselben Erscheinungen in mehr oder weniger ausgesprochenem Maass beobachtet; ich habe nicht jeden Tag untersucht, 4 mal aber fielen die gröberen Reductionsproben — mit Kupferoxyd und Wismuthoxyd — positiv aus und zwar am 26. I., am 28. I., am 30. I. und am 28. II. und zwar sowohl nach Einnahme von

[8]) Ewald, Ueber einen durch Schilddrüsentherapie geheilten Fall von Myxödem, nebst Erfahrungen über anderweitige Anwendung von Thyreoideapräparaten. Berliner klin. Wochenschrift, 1895, No. 2 u. 3.

Zucker als ohne solche;[9]) die Phenylhydrazinprobe zeigte häufig charakteristische Krystalle. Es war nun die Frage, welcher Art ist der Körper, der Metalloxyde reducirt, mit Phenylhydrazin deutliche Reaction zeigt, der langsam in Gährung übergeht, aber optisch inactiv ist? Ich versuchte durch Schmelzpunktbestimmung der Krystalle der Sache näher zu kommen. Ich fällte aus 100 ccm Harn mit 5 ccm Phenylhydrazin und 5 ccm 50procentiger Essigsäure in 1stündigem Wasserbad; nach dem Absetzen des Sediments in der Kälte wurden die Krystalle auf dem Filter gesammelt und in möglichst wenig heissem Alkohol gelöst, durch ein Faltenfilter geschickt und über Schwefelsäure getrocknet. Der Schmelzpunkt dieser Krystalle lag bei wiederholten Untersuchungen bei 194 bis 195° C. Der Schmelzpunkt von 194° und die langsame Gährung des Körpers würde am ersten für Galactose sprechen. Von sonstigen Körpern, welche mit Phenylhydrazin ähnliche krystallinische Verbindungen eingehen, kommt noch in Betracht die Glycose, — der Schmelzpunkt der Phenylglucosazonkrystalle liegt bei 205° — und eine Glycuronsäureverbindung, deren Schmelzpunkt nach Thierfelder[10]) bei 114 bis 115 liegt. Der Umstand, dass keine Drehung des polarisirten Lichts durch den Körper erfolgte, würde vielleicht dafür sprechen, dass die Drehung durch entgegengesetzt drehende Substanzen aufgehoben wurde.

Ueber den Werth der Phenylhydrazinprobe gehen die Ansichten auseinander; während die einen die Probe als ausschlaggebend betrachten, halten sie andere für ungenau[11]) oder für zu fein, um bei positivem Ausfall auf pathologisches Verhalten zu schliessen. Ich habe noch bei 5 Fällen, welche mit Schilddrüsentabletten gefüttert waren, die Phenylhydrazinreaction bejahend ausfallen gesehen. In einem Fall, in welchem im Ganzen 28 Tabletten genommen worden waren, war auch die Trommer'sche und die Nylander'sche Probe sehr ausgesprochen; leider hatte ich nur Gelegenheit, einmal zu untersuchen. In den anderen Fällen war nur die Fischer-v. Jaksch'sche Probe positiv. Bei 2 Personen — die eine hatte während mehrerer Monate täglich 3 Tabletten bekommen — fand ich keine Spur von verdächtigen Krystallen; in einem anderen Fall, dem unter No. III hier angeführten, zeigten sich ein einziges Mal, am 6. III., gelbe Nadeln, zu gleicher Zeit fiel die Trommer'sche Probe verdächtig aus. Ich habe nun auch Harne von gesunden Menschen, die keine Schilddrüsentabletten genommen hatten, mit der Phenylhydrazinprobe untersucht und bei dreien wohl charakterisirte Nadeln und zwar in 2 Fällen in grosser Masse gefunden; 3 weitere Harne zeigten absolut negativen Befund. Hieraus — wie aus früheren Untersuchungen[12]) — scheint hervorzugehen, dass die genannte Reaction eine für die Praxis zu feine ist und offenbar sehr geringe Mengen Zucker nachweist. Aber wenn wir auch hiervon absehen, so bleibt doch die Thatsache bestehen, dass bei mir selbst und in einem anderen Fall auch die Reductionsproben ausgesprochene Reaction ergaben. Da mein Harn noch einen Monat nach Einnahme der letzten Tabletten deutlich Metalloxyde reducirte, setzte ich mich auf Diabetesdiät; sehr bald darauf verschwand die Reaction, und ich kann jetzt wieder Diätfehler begehen, ohne dass eine Aenderung im Verhalten des Harns nachweisbar wäre. Man könnte entgegenhalten, dass ich früher schon diesen reducirenden Körper ausgeschieden, ich glaube indessen kaum, dass dies der Fall war, denn bei den Cursen der Harnuntersuchung, die ich seit Jahren abhalte, hatte ich oft Gelegenheit, meinen eigenen Harn zu untersuchen, ich habe nie etwas Verdächtiges gefunden; ausserdem war am 12. I. 95 die Trommer'sche Probe negativ ausgefallen, während sie später positiv war. Zu bemerken wäre noch, dass ich während der ganzen Zeit keinerlei Beschwerden irgend welcher Art hatte, namentlich kein vermehrtes Durstgefühl und keine Polyurie — die tägliche Harnmenge betrug wie früher 1600—2000 ccm.

[9]) Conf. Vogel, Virchow's Pathologie, VI., 2, p. 490.
[10]) Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. XV.
[11]) Conf. E. Roos, Ueber das Vorkommen von Kohlehydraten im Harn von Thieren. Zeitschrift für physiologische Chemie, B. XV.
[12]) Conf. Roos l. c.

Ich hoffe mit Ewald, dass die Melliturie zu den sehr seltenen Erscheinungen gehört, welche mit der Schilddrüsentherapie verbunden sind. Ich hebe noch einmal hervor, dass es mir fern liegt, aus den mitgetheilten Befunden allgemeine Schlüsse zu ziehen, wohl aber möchte ich zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet Anregung geben. Jedenfalls dürfte es gerathen sein, ehe wir über das Stadium des Versuches hinaus sind, Vorsicht bei der Schilddrüsenverabreichung walten zu lassen; es sollten die wohl jetzt ausschliesslich im Gebrauche befindlichen Thyreoideatabletten nicht Jedermann zugänglich sein.

Erfahrungen mit dem Prochownick'schen Stiftpessarium.

Von Dr. *Fr. Spaeth* in Hamburg.

Kaum ein Gebiet gibt es in der Frauenheilkunde, welches, seitdem diese Disciplin eine wissenschaftliche geworden ist, so sehr die Aufmerksamkeit aller Aerzte und insbesondere der Gynäkologen für sich in Anspruch genommen hat, wie die Lehre von den Rückwärtslagerungen der Gebärmutter und ihre Behandlung.

Wenn in dem Heilschatze unserer Medicin für eine Krankheit eine Unzahl von Mitteln aufgeführt werden, von denen jedem eine ganz besonders günstige Beeinflussung derselben nachgerühmt wird, so kann man sicher sein, dass dieses Leiden den Heilbestrebungen grosse Hindernisse in den Weg gelegt hat und noch legt. Nicht zum Mindesten gilt dieser Satz für die Retrodeviationen des Uterus. Und der Umstand, dass stets wieder neue Heilverfahren dieser Lageveränderungen angegeben und angewandt werden, lässt erkennen, dass es eben Fälle dieser Anomalie gibt, welche allen therapeutischen Bemühungen spotten. Nach den grundlegenden Arbeiten von B. S. Schultze, Fritsch u. A., welche uns klar vor Augen führten, dass es sich bei den Retrodeviationen nicht um eine Krankheit für sich handelt, sondern dass dieselben als Folgezustände, als Symptome der verschiedensten Unterleibsleiden des Weibes anzusprechen sind, konnte bei dem einzelnen Falle individualisirend vorgegangen werden. Jetzt erst eröffneten sich der Therapie weitere Gesichtspunkte.

Der Aera der mechanischen Behandlung der Rückwärtslagerungen durch bimanuelle Reposition und Fixirung der dadurch erreichten verbesserten Uteruslage durch die verschiedensten Stützapparate folgte die Vermehrung dieses Verfahrens durch Zuhilfenahme der bimanuellen Massage.

Dann, nachdem man eingesehen hatte, dass für manche Fälle auch diese Behandlungsweisen unzureichend waren, trat die Therapie in das Zeichen des operativen Eingriffes. Durch Alexander-Alquié's Methode, durch Schücking's kühnes Verfahren, durch die Ventrofixatio uteri (Köberle, Czerny, Olshausen, Leopold u. A.) und endlich durch die Vaginofixatio uteri (Mackenrodt, Winter, Dührssen) wurden zahlreiche Frauen geheilt, bei denen alle anderen Bemühungen zuvor gescheitert waren. Allein auch die so hochgepriesenen operativen Unternehmungen zeigten bald ihre Schattenseiten. Die Zeit hat erwiesen, dass auch hier die Dauererfolge nicht immer den gehegten Erwartungen entsprachen. Sowohl bei Ventrofixirten, wie besonders bei Vaginofixirten liest man und erfährt man von Recidiven, welche abermalige Pessareinlegungen erforderlich machten. Die durch die Operation gesetzten Peritonealverklebungen vermögen eben nicht immer dem beständigen Zuge des Uterus nach hinten zu widerstehen, sie dehnen sich in einzelnen Fällen.

Es sei mir deshalb bei der Unzulänglichkeit aller Behandlungsmethoden der Rückwärtslagerungen gestattet, über Erfahrungen zu berichten, welche wir mit dem Intrauterinpessar, speciell mit dem von Prochownick construirten Stiftpessare gemacht haben. Von vorneherein will ich bemerken, dass dasselbe durchaus keine Panacee bedeutet, dass es seine Vorzüge und seine Mängel ebenso gut an sich trägt, wie alle anderen Heilverfahren bei Retrodeviationen. Da jedoch unsere Ver-

No.	Namen, Stand, Wohnort etc. Datum der Aufnahme	Alter J.	Voraus-gegangene Geburten ev. Aborte	Retroflexio fixa in Folge von: Parametritis	Retroflexio fixa in Folge von: Perimetritis	Retroflexio labilis durch Relaxatio	Retroflexio labilis Congenital	Therapie	Erfolg
1	Frau V., Brodträgersfrau, Hamburg. 7. IX. 87.	39	3 Kinder. 2 Aborte.	—	—	1 (nebst Desc. vag. ant. et post.	—	Nach 5 wöchentlicher Behandlung mit Schalen- und Thomaspessar wird am 15. X. 87 Stiftpessar eingelegt, welches mit kleinen Unterbrechungen bis X. 88 getragen wurde.	Von X. 88—III. 90 gut mit Hodge. Periode (beginnende Klimax) trotz Stift aussetzend.
2	Frau Sch., Arbeitersfrau, Hamburg. 9. IX. 87.	46	6 Kinder. 1 Abort.	1	—	—	—	14. X. 87. Reposition in Narkose. Stiftpessar eingelegt; mit demselben bis 8. IV. 88, dann Thomas, womit einige Monate gut.	Als späterhin Rückfall einzutreten drohte, ward derselbe durch Massage inhibirt. (13. VI. 88.)
3	Frau H., Schuhmachersfrau, Hamburg. 18. XII. 87.	37	5 Kinder und zahlr. Fehlgeburten.	1	—	—	—	13. XII. 87. Reposition in Narkose. Stiftpessar bis 30. V. 88. Hierauf Massage und Thomas, womit gut bis III. 91.	III. 91 nach Abortus Rückfall, der durch Anwendung verschiedener Ringe behoben wird.
4	Frau M., Schuhmachersfrau, Hamburg. 9. V. 91.	28	—	1	—	—	—	9. V. 88. Reposition in Narkose. Stiftpessar eingelegt. 9. VI. Hodge, welches nicht hält; durch Massage und Thomaspessar gelingt es rasch, Normallage und Beschwerdelosigkeit herbeizuführen.	16. IV. 89. Gut mit Thomas.
5	Frau K., Bildhauersfrau, Hamburg. 11. VI. 91.	25	1/4 J. verheir. 1 Abortus.	—	—	—	1	11. VI. 91. Stiftpessar. Massage. Subcutane Ergotininjectionen. 30. X. 92. Thomas.	23. IV. 92. Hodge angelegt. Alles in bester Ordnung.
6	Frau M., Constablerswittwe, Eimsbüttel. 27. VI. 91.	39	7 Kinder. 1 Abort.	1 (sehr starke Narben im rechten hint. Parametr.)	—	—	—	28. VI. 91. Narkosenuntersuchung. Thomas. Massage. Heisse Douchen. Hydrastis; anfänglich mit Erfolg, dann wegen Rückfall am 18. VII. Stiftpessar applicirt. Dasselbe wird nicht vertragen.	28. VIII. 91. Ventrofixatio uteri.
7	Frau H., Schuhmachersfrau, Hamburg. 16. IV. 87.	45	7 Geburten.	1 (nebst grossem Dammriss)	—	—	—	Erst Kolpoperineorrhaphie, darauf Pessarbehandlung (Thomas, Hodge) mit Erfolg. 5. IX. 91. Rückfall. Massage. Schale. Schliesslich vom 28. XI. 91—6. IV. 92 Stiftpessar, hierauf Thomas, später Hodge.	18. X. 93. Alles gut.
8	Frau K., Arbeitersfrau, Hamburg. 26. IX. 91.	25	3 Kinder.	1	—	—	—	Erst Massage und Pessarbehandlung ohne Effect. 18. XI. 91. Stiftpessar bis zum VIII. 92, dann Hodge.	Im Dec. 92 Gravida. — Schale. — Post partum normaler Befund.
9	Frau B., Postbeamtensfrau, Eimsbüttel. 14. X. 91.	31	4 Kinder. 1 Abort.	1 (starker Narbenzug links.)	—	—	—	Nachdem mit wechselndem Glück Massage und Pessarien versucht, wird am 9. XII. 91 Stiftpessar eingeführt und Massage darin fortgesetzt. 26. III. 92. Thomas, später Hodge.	10. VIII. 92. Wohlbefinden bei im Hodge steilgestellter Gebärmutter.
10	Frau F., Arbeitersfrau, Hamburg. 9. IV. 92.	30	7 Entbindungen.	—	1 (in puerperio acquirirt.)	—	—	Erst Curettage wegen starker fungöser Endometritis, dann Massage und Schalenpessar. 8. VI. Stiftpessar, wird nicht vertragen, macht starke Blutungen.	
11	Frau V., Kaufmannsfrau, Hamburg. 29. IX. 91.	24	Keine.	—	—	—	1	Massage und kleines Schalenpessar, wodurch Besserung erzielt wird. 29. III. 92. Stiftpessar, welches angeblich im Juli verloren ging.	XII. 92 wieder vorgestellt. Beginnende Schwangerschaft.
12	Frau W., Klempnersfrau, Hamburg. 17. X. 92.	42	1 Entbindung.	1 (ausserordentlich starke Narbe im hinter. Param.)	—	—	—	Massage ohne genügenden Erfolg. 27. X.—15. XI. 92 Stiftpessar und Fortsetzung der Massage; am 15. XI. Thomas. 23. VI. 93. Rückfall; Massage, abermals unterstützt durch Pessarien.	24. X. 94. Verhältnissmässig gute Lage des Uterus, derselbe wird durch die Narbe nur noch etwas n. rechts gezogen. Symptomlos.
13	Frau St., Arbeitersfrau, Rothenburgsort. 14. X. 93.	23	2 Kinder. 1 Abort	—	1 (gonorrh.)	—	—	Wegen sehr starken Zuges nach hinten sofort Versuch mit Stiftpessar; Anfangs Wohlbefinden, dann muss dasselbe wegen Blutungen und Schmerzen entfernt werden. Deutliche Pyosalpinxbildung links.	2. III. 94. Salpingooophorect. sin. Ventrofixatio uteri.
14	Frau R., Schiffsofficiersfrau, Rothenburgsort. 8. XI. 93.	33	1 Kind.	—	1	—	—	Massage mit mässigem Erfolg. 13. I. Narkosenuntersuchung, ergibt starke Fixation mit Douglasverlöthung. Stiftpessar vom 19. I.—20. III., dann Hodge wegen Oppos. gegen ersteres.	XI. 94. Status quo ante. Operation wird nicht gewünscht.
15	Frau C., Klempnersfrau, Hamburg. 17. XI. 94.	35	1 Kind.	—	—	1	—	Erst Massage und Hodge. 14. XII.—31. I. 94 Stiftpessar mit gutem Resultat; dann Hodge, weil das Einlegen des Stiftes zu schmerzhaft. Rückfall. Starke reflector. Magenkrämpfe.	VI. 94. Mackenrodt'sche Vaginafixatio uteri.
16	Frau Z., Buchdruckersfrau, Hamburg. 30. III. 94.	36	5 Kinder.	1	—	—	—	Massage, Schalenpessar — hält nicht. 26. IV.—15. VI. Stiftpessar, dann wieder Schale.	XI. 94. Symptomatisch gut mit Schale. Uterus steilgestellt.
17	Frau M., Seemannsfrau, Hamburg. 6. IV. 94.	26	4 Geburten in 4jähr. Ehe. Phthis. pulm.	—	—	1	—	Reposition. Schale, Hodge — halten nicht. 18. V.—3. VII. Stiftpessar mit gutem Resultat; dann Hodge.	X. 94. Symptomlos mit Hodge. Uterus retrovertirt.
18	Frau H., Schlossersfrau, Rothenburgsort. 28. V. 94.	26	2 Kinder.	—	—	1	—	Reposition. Hodge, Schale — halten nicht, starke Meno- und Metrorrhagien. 1. VI.—9. VII. Stiftpessar, hält Uterus in guter Lage. Blutungen beseitigt. 9. VII. Hodge.	Gut mit Hodge.
19	Frau M., Lehrersfrau, Harburg. 21. X. 89.	29	1 Kind in 7jähr. Ehe.	1	—	—	—	Anderweitig verschiedene Pessarien erfolglos applicirt. 90. Massage und Mastcur, 3 Wochen lang. Stiftpessar, dann Schale.	1893. Uterus leicht steilgestellt. Subjectives Befinden gut.
20	Frau v. B., Gutsbesitzersfrau, Mecklenburg. 9. XII. 89.	32	6 Kinder.	—	—	1 (Dammriss)	—	Vielfach Ringe versucht. Massage und Mastcur. Stiftpessar — Versuch scheitert an Blutungen und Schmerzen. Amputatio cervicis. Kolpoperineorrhaphie.	Wohlbefinden bei retroflectirtem Uterus.

21	Frau W., Wittwe, Hamburg. 13. III. 90.	32	1 Geburt vor 9 Jahren.	—	1 (Gonorrhoe?)	—	—	Nach längerer Massage vorsichtiger Versuch mit Stiftpessar, erst 4 Wochen gut vertragen, dann Blutung und Schmerzen. Antiphlogistische Behandlung.	Nach 2 Jahren wegen doppelseit. Pyosalpinx. Salpingooophorect. bilat. Ventrofixatio uteri.
22	Frau H., Kaufmannsfrau, Uhlenhorst. 22. I. 88.	37	5 Kinder.	—	—	1	—	Von 1885—1888 verschiedene Pessarien. II. 88. Massage und Stiftpessar (klin.). VI. 88. Thomas, dann Hodge bis VII. 92.	Seit VII. 92 gut ohne Pessar. Klimax eingetreten.
23	Fräulein St., Privatière, Hamburg. 7. VII. 86.	27	—	—	1 (abgelauf. gonorrh. Salpingitis.)	—	—	Vielfach Pessarien und Bäder. I.—III. 88. Massage und Mastcur. 3 Monate lang Stiftpessar, dann Thomas, schliesslich Hodge bis VII. 93.	Seit VII. 93 gut ohne Pessar.
24	Frau K., Bleichersfrau, Hamburg. 15. II. 88.	29	2 Geburten.	—	—	1 (mit starker parametrit. Schrumpfg.)	—	Vielfach Pessarbehandlung. III.—VI. 88. Stift, dann mit Thomas gut.	1890 Rückfall. Thomas hält nicht mehr. Ventrofixatio uteri.
25	Frau Sch., Lehrersfrau, Rothenburgsort. 4. IX. 87.	32	3 Geburten. 2 Aborte.	—	—	1 (all. Erschlafung rechtss. Wanderniere)	—	Verschiedene Pessarien versucht. X. 87. 14 Tage klinische Massage und Stiftpessarbehandlung, dann 3 Monate ambulant mit Stift, dann Hodge, hierauf Gravida.	Post partum Recidiv, durch Hodgeapplication beseitigt. Seitdem gut.
26	Frau M., Schlossersfrau, Hamburg. 24. VI. 88.	43	8 Kinder.	1	—	—	—	Sommer 88 Mast- und Massagecur (klinisch), unterstützt durch Stiftpessar, welches bis XII. 88 bleibt, dann Thomas und Hodge.	I. 90 gut. IV. 90. † an Schrumpfniere.
27	Frau B., Kaufmannsfrau, Hamburg. 20. II. 89.	29	3 Kinder. 2 Aborte.	—	—	1 (Dammriss.)	—	Bis II. 89 Pessarversuche, dann Massage bis V. 89. Dann Kolporrhaphia ant. et post. Emmet'sche Operation. October wieder Retroflexionsbeschwerden. Stiftpessar, welches Ende November wegen Schwangerschaft entfernt wird. Post partum Recidiv durch Hodge beseitigt.	1893. Wieder Entbindung ohne Recidiv, seitdem gut.
28	Frau v. F., Gastwirthsfrau, Cuxhaven. 30. VIII. 93.	27	3 Kinder. 2 Aborte.	1 (starke rechtsseitige Narbe.)	—	—	—	Anderwärts erfolglos behandelt. Massagecur (klinisch), 9. IX. unterstützt durch Stiftpessar. Nach 14 Tagen bleibt der Uterus gut im Hodge.	XI. 94. Gut mit Hodge.
29	Frau M., Kaufmannsfrau, Hamburg. 16. II. 88.	31	1 Kind.	—	—	1 (Lacer. cerv. Rupt. perin.)	—	Pessarien nutzlos. III.—VI. 88. Stiftpessar, gut. Dann Emmet und Dammnaht. Zustand bis 1889 befriedigend. 1899 Psychose, hierauf Recidiv.	3. VII. 90. Ventrofixatio uteri.
30	Frau Z., Oberförstersfrau, Trittau. 27. IX. 86.	36	3 Kinder. 2 Aborte.	1	—	—	—	1887 ambulante Behandlung ohne Gelingen. Dann klinisch Massage- und Mastcur, hierauf 3 Monate lang Stiftpessar mit Erfolg, dann Thomas und Hodge, schliesslich Schwangerschaft.	Post partum 3 Monate lang Schalenpessar. Seitdem gut ohne Ring.

suche mit diesem Instrumente schon auf eine stattliche Reihe von Jahren zurückblicken und wir dasselbe trotzdem in einzelnen schweren Fällen nicht missen möchten, so geht schon daraus hervor, dass es einen gewissen, wenn auch nur bedingten Werth besitzt.

Die Idee, bei der Anwendung eines Pessarium mit der hebenden Wirkungsweise eine hebelnde zu vereinigen, ist nicht neu und hat schon lange ihre Verfechter gefunden. Hatte man erst erkannt, dass das Einlegen eines Stiftes in die Gebärmutterhöhle, welches zuerst zum Zwecke der Beseitigung einer hochsitzenden Cervixstenose, sowie zur Erzeugung stärkerer Fluxion nach dem Uterus bei Amenorrhoe ausgeführt ward, in vielen Fällen beschwerdelos ertragen wurde, so musste das Bedürfniss, das extrauterine Ende dieses Stiftes in zweckmässiger Weise zu befestigen, um ein Herausgleiten zu verhindern, den Gedanken an die Combination dieses Stiftes mit einem der gebräuchlichen Pessarien nahelegen. Und diese Combination wiederum musste die Anregung geben, zu versuchen, ob sich nicht auch die reponirte retroflectirte Gebärmutter durch diese „Maschine“ mit Erfolg in der richtigen Lage halten liesse.

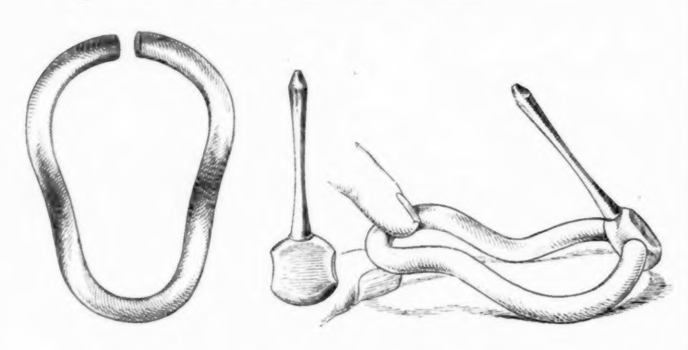
In der That wurden von verschiedenen Seiten derartige Experimente vorgenommen, meist aber der durch sie hervorgerufenen Beschwerden wegen wieder ad acta gelegt. In den letzten Jahren erst erfreuten sich die Intrauterinpessarien wieder grösserer Beliebtheit; namentlich scheinen die amerikanischen Frauenärzte sich der „Stem-Pessaries“ mit Vorliebe zu bedienen; wenigstens wimmelt die mir allerdings nur im Referate zugängliche jüngste gynäkologische Literatur der neuen Welt geradezu von Mittheilungen über die Anwendung solcher Instrumente. Die tonangebenden Lehrbücher deutscher Forscher dagegen befinden sich in der Verurtheilung der Stiftpessarien in einer merkwürdigen Uebereinstimmung. Einzig B. S. Schultze in Jena, dem wir überhaupt, was die Deutung und Behandlung der Retrodeviationen anbetrifft, zahlreiche treffliche Lehren und Handgriffe verdanken, hat sich im Jahre 1891 (zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter. Volkmann's klin. Vorträge No. 24), zu einer Ehrenrettung des mit einem Pessar gleichzeitig angewandten Intrauterinstiftes veranlasst gesehen und demselben in Verbindung mit der Massage eine hohe Bedeutung zuerkannt.

Diejenige Form des Intrauterinpessares, welche anno 1886 von Prochownick inaugurirt und bisher nicht publicirt wurde, und deren Wirkungsweise ich während einer langjährigen Assistentenzeit an seiner Klinik zu beobachten und zu verfolgen reiche Gelegenheit gehabt habe, — ich meine die Einsetzung des Stiftes in den hinteren Querbügel eines typischen Hodge-schen Pessariums, so dass der Stift um die Transversalaxe des Letzteren frei beweglich bleibt, ist meines Wissens bisher noch nicht beschrieben. Namentlich besteht zwischen ihr und dem neuerdings von Rapin (Rétrodéviation utérine, nouvelle methode de réduction, nouveau pessaire combiné in der Revue médicale de la Suisse Romande No. 7, 1894) empfohlenen und seit vier Jahren benützten Stiftpessarium der principielle Unterschied, dass bei Letzterem der Stift, einmal in den Uterus eingeführt, in den Hodge'schen Ring so eingefügt wird, dass er sich nicht mehr in der sagittalen Axe bewegen kann. Die Gebärmutter wird — um mich so auszudrücken — im Rapin'schen Pessarium unbeweglich, im Prochownick'schen beweglich fixirt. Beide Proceduren mögen ihre Vortheile und ihre Nachtheile haben. Immerhin scheint mir, dass eine Fixation des Uterus, wie sie Rapin erreicht, Gefahren in sich birgt, schon weil die Gebärmutter sich den Volumsveränderungen ihrer Nachbarorgane (Darm, Harnblase) nicht so prompt anpassen kann, wie im Prochownick'schen Stiftpessare. Theoretisch scheint mir daher die Möglichkeit, dass die Frauen mit Rapin's Pessar häufigeren Beschwerden ausgesetzt sind als mit dem Prochownick-schen, eine grössere zu sein. Die Berichte Rapin's geben davon zwar keine Kunde, allein da sie sich nur auf eine ziemlich beschränkte Zahl von Beobachtungen stützen, möchte ich obige Behauptung nicht so ohne Weiteres als widerlegt betrachten.

Das Material, aus dem die Stiftpessarien hergestellt sind,

bildet, wie bei den übrigen von Prochownick verwendeten Ringen (Ueber Pessarien. Volkmann's klin. Vorträge No. 225) das polirte Hartgummi. Anfänglich wurden Elfenbein- und Metallstifte verwendet; seit 6 Jahren jedoch sind auch die Stifte aus Hartgummi fabricirt. Sie werden im Gegensatz zu jenen durch die beständige Berührung mit dem Uterussecret nicht angegriffen und behalten ihre Oberfläche glatt.

Das Pessarium besteht aus einem inwendig hohlen Hartgummi-Hodge von beliebigem Kaliber und Grösse; dann aus einem in den im hinteren Querbügel befindlichen Einschnitt eingelenkten Knopf, der ein vorn und hinten abgeplattetes Ovoid darstellt. Endlich aus einem Stift, dessen Länge und Dicke den Bedürfnissen des einzelnen Falles angepasst und der in den Knopf durch eine Schraube eingelassen ist. Die bequeme Auseinandernehmbarkeit der drei Componenten dieses Pessares ist für die gründliche Reinigung desselben von hoher Wichtigkeit. Die nebenstehenden Zeichnungen, von denen die eine das Pessarium zusammengestellt, das andere zerlegt wiedergibt, mögen das Verständniss desselben erleichtern.



Diese Stiftpessarien werden verfertigt in der Hamburg-New-Yorker Gummiwaarenfabrik in Hamburg-Barmbeck. Das Einlegen des Stiftpessares erfordert eine gewisse technische Fertigkeit. Dass demselben, wie in allen Fällen, bei welchen die Gebärmutterhöhle mit Instrumenten in Berührung gebracht wird, eine sehr subtile Reinigung und Desinfection der Vulva und Vagina vorausgeschickt werden muss, ist selbstverständlich und sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt, ebenso dass das Stiftpessar selbst vor seiner Application eine geraume Zeit in desinficirender Flüssigkeit (am besten Sublimat, Carbol schädigt die Politur) gehalten und dass es auch nach jeder Menstruation zwecks Reinigung herausgenommen werden muss. Soll das Stiftpessar eingeführt werden, so zieht man sich zunächst das Collum uteri mit Hülfe einer in die vordere Muttermundslippe eingehakten Kugelzange herunter (Vorsicht bei Perimetritis?) möglichst in das Niveau der zum Klaffen gebrachten äusseren Schamtheile und lässt die Zange durch eine dritte Person oder durch die Patientin selbst fixiren. Dann wird der mit dem Hodge in eine Ebene geradlinig gestellte Stift in den Cervicalcanal hineingeschoben und hierauf, unter allmählichem Nachgeben der Kugelzange, der Hodge'sche Ring in der bekannten Weise in die Scheide gebracht, so dass der Knopf des Stiftes in das hintere Laquear vaginae zu liegen kommt. Alsdann wird die Zange entfernt.

Sind keine allzustarken Adhäsionswiderstände da, so kann man durch das Einlegen des Stiftpessares den retroflectirten Uterus leicht reponiren; zuvor jedoch wird festgestellt, ob der Uterus überhaupt ohne Narkose sich ohne nennenswerthe Schmerzen in die Anteversionsstellung bringen lässt. Wenn der Zug der Narbenstränge stärker ist als der intraabdominale Druck, so fällt der Stift mit dem Uterus nach hinten um, ohne dass dies schädliche Folgen haben könnte. Die Länge und Dicke des Stiftes richtet sich nach den Dimensionen des Uterus. Der Stift soll etwa 1 cm weit vom Fundus uteri entfernt sein, weil der Uterus nach der Reposition abzuschwellen, sich zu verkleinern pflegt. Bei sehr empfindlichen Frauen kommt man jedoch oft genug mit einem Stift aus, der nur 1 cm weit in das Cavum uteri hineinragt.

Versuche mit Stiften aus Metall führten insofern zu interessanten Ergebnissen, als sich erwies, dass dieselben wirklich galvanische Ströme im Cavum uteri erzeugen, zu erkennen am Blankwerden des Kupfers und an der ausschliesslichen Ablagerung von Salzen auf dem Zinkstift.

Der Raumersparniss wie der bessern Uebersichtlichkeit wegen habe ich die Skizzirung des casuistischen Materiales in einer Tabelle geordnet gegeben. Die 30 Fälle vertheilen sich auf die Jahre 1887—94 und sind zum kleineren Theil (8) Aufzeichnungen meiner eigenen Praxis, zum grösseren Theil den Journalen der Prochownick'schen Klinik und Poliklinik entnommen, betreffen aber nur solche Kranke, die ich selbst mitzubeobachten Gelegenheit gehabt hatte.

(Schluss folgt.)

Aus dem Altonaer Krankenhause. Chirurgische Abtheilung des Herrn Prof. Dr. F. Krause.

Pseudarthrose des Oberarms mit sehr guter Gebrauchsfähigkeit.

Von Dr. *Schwertzel.*

Da gute Gebrauchsfähigkeit einer Extremität mit Pseudarthrose sehr ungewöhnlich ist, so dürfte die Mittheilung folgenden Falles nicht uninteressant sein. Es handelt sich um eine Pseudarthrose des Oberarms mit ähnlich guter Function, wie sie von Prof. Freiherrn v. Eiselsberg in der Wiener klinischen Wochenschrift, No. 7, 1894, beschrieben worden ist, nachdem der betreffende Kranke im Winter 1892 von Billroth in der Gesellschaft der Aerzte in Wien als grosse Seltenheit vorgestellt war.

Die ausführbaren Bewegungen sind in unserem Falle noch mannigfacher als die bei dem v. Eiselsberg'schen, was sich daraus erklärt, dass bei diesem ein grösserer Knochendefect vorhanden war, und dass das obere Fragment einen kürzeren Hebelarm bildete. Unser Patient, der wegen chronischen Gelenkrheumatismus im Altonaer Krankenhaus zur Anfnahme kam, wurde am 8. I. 95 von Herrn Prof. Krause im ärztlichen Verein in Hamburg vorgestellt.

W. B., 45 Jahre alt, Gelegenheitsarbeiter, verunglückte im October 1884 in der Pulverfabrik zu Schulau. Er wollte einen Transmissionsriemen über die Scheibe der sich um eine horizontale Achse drehenden Welle legen, welche etwas über Mannshöhe frei durch den Raum verlief. Bei dieser Arbeit wurde der Mann von einem Keil, der die Transmissionsscheibe auf der sich drehenden Welle befestigte, am linken Rockärmel erfasst. Es gelang ihm zwar den linken Arm aus dem Rocke zu befreien, doch wickelte sich das ganze Kleidungsstück um die Welle, umschnürte den rechten Oberarm etwa in der Mitte und hielt ihn an der Welle fest, so dass der Mann mehrere Male im Kreise frei durch die Luft geschleudert wurde. Dadurch, dass er sich mit der linken Hand an der Welle festhielt, milderte er etwas die auf den rechten Arm wirkende Gewalt. Der Dampf wurde sofort abgestellt, doch machte die Maschine mit dem Unglücklichen noch etwa 25 Umdrehungen.

Der rechte Oberarm war etwas über der Mitte gebrochen, die Haut war nicht verletzt. Sieben Wochen wurde der Kranke zunächst in Wedel von seinem Arzt mit Schienenverbänden behandelt. Da jedoch keine Heilung eintrat, wurde er nach Kiel zu Herrn Dr. Neuber geschickt, der mir über die weiter eingeschlagene Behandlung freundlichst Mittheilung machte.

Die erste Operation wurde von ihm am 25. XI. 84 vorgenommen. Nach Freilegung der Fragmente, Entfernung eines grossen interponirten Muskellappens, querer Anfrischung der Knochenenden, wurden diese durch 2 Stahlnägel an einander befestigt. Es trat Randnekrose und Eiterung ein. Als Patient schliesslich mit geheilter Wunde wieder entlassen wurde, waren die Fragmente noch beweglich, doch war ihre Verbindung straffer geworden.

Zweite Operation am 17. VIII. 85. Anfrischung der Knochenenden in schräger Richtung und Befestigung derselben an eineinander durch 2 Elfenbeinstifte. Es trat wieder Nekrose in der Umgebung der Stifte ein, die sich unter Eiterung ausstiessen. Auch diesmal wurde keine Consolidation erzielt, doch war die bindegewebige Verbindung wiederum fester geworden. Der Kranke bekam damals einen mit Leder überzogenen Stützapparat, mit dem er den Arm recht gut gebrauchen konnte.

Seitdem ist der Patient ohne Behandlung und hat sich mit der Zeit eine grosse Fertigkeit im Gebrauche des verletzten Armes angeeignet. Den Stützapparat hat er sehr bald bei Seite gelassen.

Der Mann ist gross, breitschulterig mit kräftig entwickelter Musculatur.

Der rechte Oberarm ist um 2,5 cm verkürzt; der Umfang des rechten Vorderarms ist nur um 1 cm geringer, als der des linken, ebenso der des Oberarms über der Mitte zwischen mittlerem und unterem Drittel. Der rechte Oberarm zeigt etwa in seiner Mitte eine Einschnürung, die einen um 7 cm kleineren Umfang besitzt, als der linke Oberarm in der gleichen Höhe.



Fig. I.

In dieser Gegend finden sich unregelmässige, breite Narben, den Arm halb umgreifend und mit der Kante des unteren Fragments verwachsen. Die Einschnürung ist bedingt durch Knochendefect an der Pseudarthrosenstelle und durch Schwund des M. biceps in dieser Gegend. Das obere Fragment ist von der Spitze des Acromion gemessen etwa 15 cm lang; seine Bruchfläche ist annähernd quer, von einem ganz schmalen, überragenden Callusrand umgeben, sonst nicht verdickt. Das untere Fragment hat in der vorderen, äusseren Circumferenz eine quere Bruchfläche, der hinten innen ein flötenschnabelförmiger Ansatz aufsitzt. Auch dieses Bruchende ist nicht verdickt, es fehlt ihm sogar der schmale Calluswall. Die Diastase der beiden Knochenstücke beträgt etwa 1,5 cm.



Fig. II.

Man kann den Arm an der Stelle des falschen Gelenks wie in einem Kugelgelenk nach allen Seiten fast im rechten Winkel abbiegen, ohne dem Kranken Schmerzen zu verursachen. Passive und active Beweglichkeit sind im Schulter- wie im Ellenbogengelenk normal.

Der M. biceps ist oberhalb der Pseudarthrose fast ganz geschwunden, wenigstens contrahiren sich die noch erhaltenen Fasern nicht mehr. Der functionsfähige untere Abschnitt des Muskels nimmt seinen Ursprung vom oberen Ende des peripheren Fragments; der M. triceps dagegen hat in seiner Hauptfasermasse seinen normalen Ursprung bewahrt.



Fig. III.

Interessant ist nun zu beobachten, wie der Kranke es fertig bringt, trotz seiner Pseudarthrose die mannigfachsten Bewegungen und Kraftleistungen mit dem rechten Arm auszuführen. Fordert man ihn auf, seinen Arm seitwärts zu erheben, so elevirt er zunächst das obere Fragment im Schultergelenk etwas über die Horizontale, wie aus Fig. I ersichtlich ist, und abducirt von dieser Stellung aus den bei diesem ersten Act der Bewegung noch senkrecht herabhängenden unteren Theil des Armes durch modificirte Wirkung der vom oberen



Fig. IV.

Fragment entspringenden äusseren Fasern des Caput extern. tricip. Mit äusserster Anstrengung erreicht er dabei eine Abduction von fast 45°.

Fig. II. zeigt, dass Patient in dieser, wie übrigens in jeder anderen Position den Unterarm normal flectiren, die Hand proniren und supiniren kann.

Er ist auch im Stande, „Hüften fest“ zu machen. Bei Ausführung dieser Bewegung findet der untere Theil des Arms durch die Hand eine Stütze am Rumpf. Ist die Bewegung ausgeführt, so bildet der Oberarm einen nach oben offenen Winkel von etwa 130°, wie aus Fig. III ersichtlich ist.

Weiter kann der Mann seine Hand auf den Kopf legen (Fig. IV), und zwar thut er das nicht, wie der v. Eiselsberg beschriebene Kranke durch Schleuderbewegung, sondern er fixirt wieder das obere Fragment in Elevation von etwa 30° über der Wagerechten schräg nach vorn und seitwärts, abducirtden unteren Theil des Oberarms um ca. 30° und flectirt den Vorderarm. Er kann längere Zeit in dieser Stellung ausharren, ohne sich dabei, wie der v. Eiselsberg'sche Patient, mit den Fingern an den Haaren festhalten zu müssen, er vermag sogar die Hand etwa in Scheitelhöhe frei neben den Kopf zu halten. Fig. V veranschaulicht diese Stellung.



Fig. V.

So kann er auch leicht mit der rechten Hand das linke Ohr erreichen, er putzt sich damit die Nase und kann ebenso bequem, wie mit der linken die Nahrung zum Munde führen. Bei diesen Bewegungen hält er das obere Fragment ungefähr wagerecht nach vorn fixirt, beugt den Unterarm und rotirt das untere Bruchende mit dem Vorderarm je nach Bedarf mehr oder weniger nach innen. Durch weitere Drehung nach innen kann er den flectirten Unterarm auf den Rücken legen und gelangt dabei mit den Fingern bis an die linke hintere Axillarlinie. Nach aussen rotirt er den flectirten Unterarm bis in die Frontalebene, wie es der Norm entspricht. Diese Drehbewegungen führt er durch isolirte Wirkung einzelner Triceps- und Brachialisbündel bei feststehendem oberen Fragment aus.

Die Kraft der Hand, sowie die der Beuger und Strecker des Unterarms ist nur wenig gegen die der linken Seite herabgesetzt.

Patient, der durch unglückliche Speculation seine ganze Entschädigungssumme verloren hat, verdient jetzt sein Brot als Gelegenheitsarbeiter. Er verrichtet feine und grobe Arbeiten, übernimmt sogar, wenn er nichts anderes findet, Erdarbeiten; beim Schaufeln hat er dann wie jeder Andere die rechte Hand am Stielende der Schaufel. Dass er diese Arbeit leidlich verrichten kann, beweist er dadurch, dass er im Zimmer einen schweren Polsterstuhl auf dem Teppich mit dem rechten Arm leicht vorwärts schiebt. Er pflegt seine Schuhe selbst zu besohlen und führt dabei den Hammer mit der rechten Hand. Mit grosser Geschicklichkeit entkorkt er eine fest verschlossene Flasche; erst bohrt er mit der rechten Hand den Propfenzieher in den Kork und zieht diesen dann auf die gebräuchliche Art und Weise, die Flasche zwischen den Beinen haltend, mit der rechten Hand heraus. Noch besser fast, als zu so groben, kann er seine rechte Hand zu feineren Arbeiten verwenden; er schreibt eine ganz leserliche Handschrift, rasirt sich sogar mit der rechten Hand, doch muss er diese dabei mit der linken führen. Ohne Schwierigkeiten zieht er sich sehr rasch an und aus.

Nach längerer, starker Anstrengung des Armes und bei Witterungswechsel empfindet der Verletzte noch Schmerzen in dem falschen Gelenk.

Wenn wir auch jetzt in der Anwendung der von Dummreicher und Helferich empfohlenen passiven Hyperämie, die nach des letzteren Vorschrift dadurch erzielt wird, dass man oberhalb der Fracturstelle eine Gummibinde unter mässigem Zuge anlegt, ein besseres Mittel besitzen, um in Fällen von verzögerter Callusbildung feste Consolidation herbeizuführen, so wird man sich doch bei der ausgezeichneten Gebrauchsfähigkeit des pseudarthrotischen Armes in unserem Falle nicht zu einer weiteren Operation entschliessen, zumal zwei von berufener Hand ausgeführte operative Eingriffe nicht den gewünschten Erfolg hatten.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen.

Zwei seltene Wochenbettcomplicationen.

Von Dr. *R. Wanner*, Assistenzarzt der Klinik.

(Schluss.)

2) Pyonephrose mit letaler Exacerbation im Wochenbett.

A. L. (J. N. 144, 1894), 28 Jahre alt, Dienstmädchen, III para, hager und blass aussehende Person, aus gesunder Familie; mit 14 Jahren regelmässig menstruirt, 4—5tägig, ohne Schmerzen. Gravida will immer kränklich gewesen sein. 1. Entbindung 1886 im 7. Monat. Kind todt geboren. 2. Entbindung ebenfalls im 7. Monat; todtes Kind. Die Wochenbetten sollen normal verlaufen sein. Ausser diesen Angaben ist über die früheren Schwangerschaften und Geburten nichts zu erfahren. Letzte Menses 20. X. 93. Die Schwangere wird am 30. V. 94 in die Klinik aufgenommen. Beim Eintritt fühlt sie sich schon nicht recht wohl und klagt über Schmerzen im Rücken, Kreuz und in der Brust. Zwei Tage nach der Aufnahme bot sie bei der Untersuchung die Erscheinung einer fieberhaft Erkrankten. Sie wird zu Bett geschickt und hatte am 2. VI., einen Tag ante partum eine Abendtemperatur von 39,9. In der folgenden Nacht soll um 5 Uhr früh reichlicher, plötzlicher Blutabgang per vaginam stattgefunden haben. Patientin will wieder eingeschlafen, nach $1^1/_2$ Stunden unter wehenartigen Schmerzen erwacht sein. Sie wird zum Kreisssaal gebracht und nach den üblichen Vorbereitungen gelagert. Die äussere Untersuchung ergibt bei zwischen Nabel und Processus xiphoideus stehendem Fundus II. Schädellage. Bei der innerlichen Untersuchung findet sich bei stehender Blase der Muttermund fast vollständig verstrichen, der kleine Kopf steht beweglich in der Beckenweite mit nach rechts vorn gerichteter kleiner Fontanelle. Reichliche Blut-Coagula werden aus der Scheide entfernt. Sprengung der Fruchtblase. Expression der Frucht durch Unterstützung der guten Wehenthätigkeit, was bei der Kleinheit des Fötus und der Weite der Geburtswege leicht gelingt.

Kind lebend, 1500 g schwer bei einer Länge von 39 cm.

Die Placenta folgt eine halbe Stunde post partum auf geringen Druck. Gewicht 400 g. An dem nach unten gelegenen Rande ist sie mit Blutgerinnseln bedeckt, welche fest aufsitzen. Sonst zeigt sie nichts Bemerkenswerthes.

Im Urin Spuren von Albumen. Temperatur post partum $8^1/_2$ Uhr a. m. 37,8; Abends 37,0.

Die folgende Nacht verläuft bei tiefem Schlaf gut. Morgentemperatur 36,8. Abends 39,6 bei einer Pulsfrequenz von 120. Zu bemerken ist, dass jetzt, wie während des ganzen Krankenlagers Euphorie bestand; ab und zu klagte Patientin über geringe Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend.

3. Wochenbettstag. Gute Nacht. Morgen-Temperatur 38,4; Abends 39,8; Puls 120. Stand des Uterus 2 Querfinger unter dem Nabel. Leib nicht schmerzhaft noch aufgetrieben. Urin stark ammoniakalisch mit reichlichem Sediment. Specifisches Gewicht 1013. 0,75 Albumen. Im Sediment finden sich grosse Mengen Leukocyten und Bakterien, vereinzelte tiefe und oberflächliche Blasenepithelien, Nierenepithelien, keine Cylinder. Diagnose: Chronische Cystitis; Pyelitis. Ausspülungen der Blase mit 1 mill. Salicyllösung.

In den 3 folgenden Tagen hält sich die Temperatur zwischen 39,0 und 39,8. Der Puls ist 112—124; ausser geringem Meteorismus sind keine Veränderungen zu bemerken. Der Uterus bildet sich gut zurück. Lochien normal.

Am 7. Wochenbettstage wird eine digitale Exploration vorgenommen, einige Blut-Coagula werden aus dem hinteren Scheidengewölbe und dem Cervicalcanal entfernt und eine Uterusausspülung mit einem Liter einer 2 proc. Carbollösung angeschlossen. Letzteres hauptsächlich deshalb, weil Puerpera angibt auf der Fahrt nach der Entbindungsanstalt im Eisenbahncoupée von einem Individuum genothzüchtigt worden zu sein und neben den Erkrankungen der Blase und Nieren eine Infection von dieser Seite angenommen wurde.

Das Krankheitsbild änderte sich nach diesem Eingriff vollkommen. Eine halbe Stunde nach der intrauterinen Spülung tritt ein langanhaltender Schüttelfrost ein mit Temperatursteigerung auf 41,0. Besonders ungünstig werden auch Puls und Respiration beeinflusst. Es werden in den folgenden Tagen bis 144 Pulse und 60 Respirationen gezählt. Der Meteorismus wird stärker, das Lochialsecret übelriechend. Ordo: Eisblase ad abdomen; Vaginalspülungen.

In den folgenden Tagen bietet Patientin das Bild einer schwer inficirten, septischen Wöchnerin dar. Bei fortbestehender Euphorie tritt der hohe, leicht unterdrückbare Puls, die rasche Respiration und das hohe Fieber bei stark aufgetriebenem Leib, vollständiger Appetitlosigkeit, grossem Durst sehr in den Vordergrund. Puls 112 bis 170. Resp. 40—60. Temp. 38,0—40,2.

Patientin erhält neben reichlicher Verabreichung von Alkoholicis geringe Mengen Chinin. Am 17. Wochenbettstage ein Vollbad von 28° R., worauf die Temperatur auf 37,2 heruntergeht, um am nächsten Tage die höchste, 40,3, zu erreichen. Der Schlaf, welcher bisher noch gut war, wird unruhig, Puls und Respiration noch mehr beschleunigt, die Temperatur ist Morgens unter 37,0, Abends 40,0, die Zähne werden gelockert und sehen braunschwarz verfärbt aus.

Am 19. Wochenbettstage stellt sich, obwohl der Meteorismus in den letzten Tagen abgenommen hat, heftiges Erbrechen ein, welches bis zum Exitus, welcher am 22. Wochenbettstage Morgens 3 Uhr eintritt, anhält.

Section am gleichen Tage Morgens 8 Uhr. Uterus gut zurückgebildet; Parametrien nirgends infiltrirt oder verdickt; das Bauchfell zeigt keine Veränderungen, die Placentarstelle intact. Dagegen findet sich eine Milzschwellung, eine Cystitis hämorrhagica und multiple Abscesse beider Nieren; die rechte ist geradezu in einen Eitersack verwandelt. Die Brustorgane zeigen nichts Abnormes.

Bei der Patientin hat das Blasen- und Nierenleiden schon lange bestanden und bei den zwei früheren Schwangerschaften sowohl, wie diesmal, zu einer frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft geführt. In der letzten Zeit vor dem Partus sind offenbar die Nierenprocesse in ein acutes Stadium getreten und die Zerstörung in den Nieren ist im Wochenbett bedeutend beschleunigt worden. Eine septische Infection, welche neben der Pyelitis am 7. Wochenbettstage angenommen wurde, ist auszuschliessen. Es ist jedoch keine Frage, dass eine Verschlimmerung durch die intrauterine Ausspülung herbeigeführt wurde und zwar wird das Manipuliren bei der Vorbereitung zur Spülung (Querbett), wobei gerade die Nierengegend öfters einem Druck ausgesetzt werden kann, einen Anlass gegeben haben, dass bisher noch gesundes Nierengewebe ergriffen wurde und die eiterige Entzündung in rapider Weise um sich griff.

Ein Grund mehr, bei intrauterinen Spülungen in puerperio nur mit grösster Vorsicht zu verfahren und die Indicationen zu denselben noch mehr, als bisher schon geschehen ist, einzuschränken.

Demonstrationen aus der Münchener chirurgischen Klinik.[1])

Von Privatdocent Dr. *Ziegler*, I. Assistenzarzt.

(Schluss.)

6) Ein Fall von Argyrie.

Die 52jährige Patientin, dem Berufe nach Holzhändlerin, leidet seit 15 Jahren an ausgedehnten varicösen Fussgeschwüren, die keine Tendenz zur Heilung zeigten. Vor 5 Jahren wurde sie auf der Abtheilung des Herrn Geheimrath v. Nussbaum ca. 5 Monate lang behandelt und da sie eine radicale Behandlung verweigerte, wurden die Geschwüre häufig mit Argent. nitr. Stiften geätzt. Seit 2 Jahren wird die Kranke von ihren Bekannten wegen ihres eigenthümlichen Teints angesprochen; in den letzten Jahren hatten nie mehr Aetzungen mit Lapis stattgefunden. Im August kam Patientin wegen ihrer grossen Ulcerationen an beiden Unterschenkeln auf die Abtheilung des Herrn Prof. Angerer, wo sie im Allgemeinen dasselbe Bild zeigte, das man jetzt noch an ihr vorfindet. Das Gesicht hat ein eigenthümlich livid, schmutzig-grauliches Colorit, besonders um die Lippen und Lider, die Ohrmuscheln sind ganz dunkelgrau, die Schleimhaut des Mundes durch einzelne grauschwarze streifige Einsprengungen fleckig, besonders die Unterlippe und die Unterfläche der Zunge, die Streifen ziehen entlang den grösseren Gefässen; der Schleimhautsaum an den Zähnen zeigt so starken, grauschwarzen Fuligo, wie man ihn sonst nur bei schweren chronischen Bleivergiftungen findet. Die Conjunctiven sind leicht grau verfärbt, an der Conj. bulbi ähnliche Einsprengungen wie an der Mundschleimhaut. Sehr charakteristisch ist das graue, röthlich schimmernde Haar, eine Farbe, die wir von den Haarfärbekünstlern her kennen. Die von den Kleidern bedeckten Körpertheile sind nur wenig und gleichmässig pigmentirt, viel stärker die Hände und am meisten die Nägel, insbesondere erscheinen die Daumennägel ganz stahlgrau. Seit einiger Zeit klagt Patientin auch über Sehschwäche, doch ist der ophthalmoskopische Befund negativ.

Dass wir es hier mit einer chronischen Silbervergiftung zu thun haben, dürfte nach den erwähnten Symptomen keinem Zweifel unterliegen. Interesse verdient der Fall, insoferne Argyrie überhaupt eine seltene Krankheit ist, ferner in Anbetracht der seltenen Art der Entstehung. Weitaus die meisten Argyrien sind Gewerbekrankheiten und Folge lange dauernder innerlicher Medication von Arg. nitric., einzelne Fälle sind durch oftmaliges Gurgeln oder Bepinselungen des Rachens in grosser Ausdehnung mit Silberlösungen entstanden. Durch äussere locale Anwendung entsteht eine universelle Argyrie jedenfalls sehr selten (ein Fall in der Berliner Charité vom Jahre 1893, wo die Patientin wegen ausgedehnter Verbrennungsgeschwüre mit schwachen Höllensteinlösungen in Form von Umschlägen behandelt wurde, endete tödtlich), während eine partielle Argyrie, eine graue Pigmentirung am Orte der Application manchmal vorkommt, z. B. durch Umschläge von schwachen Silberlösungen über das Auge Pigmentirung der Lider, dass Argyrie durch locale Aetzungen mit Lapis in Substanz sich ausbilden kann, war bisher nicht bekannt.

Die Prognose der Krankheit ist quoad vit. eine gute, dagegen quoad restit. eine schlechte, da die Silberkörnchen im Chorion liegen, wo sie einem medicamentösen Einflusse nicht mehr ausgesetzt sind. Die Körnchen, die nach Virchow aus metallischem Silber, nach Krysinsky aber, da sie in Cyankali löslich sind, aus einer Silbereiweissverbindung bestehen, liegen hauptsächlich in den oberflächlichen Schichten des Chorions, besonders entlang den Drüsen und den Haarpapillen, als streifige Niederschläge, aber nicht nur in der Haut, sondern auch im Bindegewebe der inneren Organe, besonders in den Wänden der grossen Gefässe und den Nierenglomeruli.

7) Durch Laparotomie geheilte Bauchfelltuberculose.

Die 20jährige, nicht erblich belastete Patientin, die 11 Monate vor ihrer Aufnahme mit allmählich zunehmendem Leibesumfang, Leibschmerzen und Abmagerung erkrankt war, wies bei der Aufnahme einen hochgradigen Ascites auf, durch den nur undeutlich Tumoren im Leibe durchzufühlen waren. Nach der Punction des Ascites, die auf der medicinischen Klinik, wo die Kranke zuerst zugegangen war, vorgenommen wurde, fühlte man in der Bauchhöhle eine grosse Anzahl grosser und kleiner Knoten von höckeriger Oberfläche, verschieblich, sich fortsetzend in das kleine Becken, wo sie zu beiden Seiten des Uterus zu fühlen waren und dessen freie Beweglichkeit in hohem Maasse minderten. Die Geschwulstbildung war so intensiv, dass ursprünglich die Diagnose auf Ovarialtumor gestellt war, um so mehr, als in dem abgelassenen Exsudate auch Pseudomucin nachgewiesen werden konnte; diese Fehldiagnose ist bekanntlich Spencer Wells bei der ersten Heilung von operativ behandelter Peritoneal-Tuberculose ebenfalls begegnet. Bei dem Bauchschnitte nun, der das unzweideutige Bild der Tuberculose des Bauchfells bot, wurde das restirende Exsudat abgelassen, ca. ½ Liter bräunlicher Flüssigkeit; allenthalben bestanden derbe Verwachsungen der Darmschlingen, auch die Blase war mit den Darmschlingen ausgedehnt verwachsen. Nach Excision eines kleinen Stückchens Peritoneum behufs mikroskopischer Untersuchung wurde die Bauchhöhle mit warmen Compressen etwas ausgetrocknet und verschlossen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkelknötchen mit Riesenzellen. Der Wundverlauf war, abgesehen von geringen Temperatursteigerungen in den ersten Tagen, die vor der Operation in viel höherem Maasse bestanden hatten, ein normaler; Patientin erholte sich sehr rasch und schon bei der Entlassung aus dem Krankenhause, die genau 1 Monat nach der Operation erfolgte, war einerseits ein Kleinerwerden der Tumoren und anderseits Ausbleiben des Ascites zu constatiren. Als wir die Patientin nach einem halben Jahr wieder sahen, bot sie im Abdomen, abgesehen von der Bauchnarbe, völlig

[1]) Vorgetragen in der Sitzung des ärztlichen Vereines München am 9. Januar 1895.

normalen Befund und dies ist bis jetzt, 2 Jahre nach der Operation, so geblieben; Patientin sieht blühend aus, fühlt sich völlig wohl und ist vollkommen arbeitsfähig.

In den Sommerferien konnten wir leider nicht die gleiche günstige Erfahrung mit einer zweiten Patientin machen, die ebenfalls an der serösexsudativen Form der Peritonealtuberculose litt: die erblich belastete Kranke, die erst vor 3 Wochen erkrankt, nebenbei an fortschreitender Spitzen-Infiltration litt, ging nach mehrwöchentlicher Besserung nach der Operation an Lungentuberculose zu Grunde.

Die Erfahrungen über chirurgische Behandlung der Bauchfelltuberculose mehren sich von Tag zu Tag und die Resultate sind im Allgemeinen höchst erfreuliche, wie auch der vorgestellte Fall beweist. Man kann nach den bisherigen Statistiken auf 70, nach einigen sogar auf 85 Proc. Heilungen rechnen, wobei sich die mit reichlichem flüssigen Exsudat einhergehende Entzündung als die prognostisch günstigere herausgestellt hat, gegenüber der trockenen oder eiterigen. Fälle mit anderweitigen Tuberculosen, Fälle mit sehr rapidem Verlauf, mit stürmischen Erscheinungen, wie der 2. Fall, sind natürlich von vornherein ungünstiger.

So unzweifelhaft der Erfolg der operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose ist, ebenso unklar, hypothetisch waren bisher die Erklärungsversuche, wie es zur Heilung kommt. Ein Analogon für die merkwürdige Thatsache finden wir am Auge, wo die Iristuberculose durch einfache Iridektomie ebenfalls zur Heilung gebracht werden kann. Ursprünglich mussten die Antiseptica herhalten, durch deren Reiz die Bacillen vernichtet werden sollten, man sah aber bald auch bei aseptischem Operiren denselben Erfolg. Dann meinte man, dass bei der Operation andere Bacterien mit in die Bauchhöhle gelangen und dass in dem nun entstehenden Bacterienkampfe die Tuberkelbacillen unterliegen.

Lauenstein meinte, die Austrocknung des Bauchfells bei der Operation und die Einwirkung der Sonnenstrahlen übe den günstigen Einfluss aus, allein die Austrocknung kann nie eine so hochgradige sein ohne Schädigung des Organismus und die Heilung erfolgt auch bei Lichtabschluss durch Einblasen von Luft; übrigens können sich die Tuberkelbacillen sehr wohl bei Sonnenlicht entwickeln. Nach Cameron sollte das günstige Moment in der Wegschaffung der im Exsudate vorhandenen Ptomaine liegen, allein dann müsste die einfache Punction ebenfalls von guter Wirkung sein. Cabot meinte, das gründliche Ablassen des Exsudates, wie es eben nur durch den Bauchschnitt möglich ist, ermögliche die Abkapselung der in der Flüssigkeit frei schwimmenden Knötchen, aber warum heilt dann nicht die trockene Form oder warum bleiben dann wiederholte Punctionen fruchtlos? Nach anderen sollte durch die Operation eine völlige Entlastung des Lymphsystems erfolgen und dadurch wieder eher Resorption möglich sein, dies würde aber auch nur für flüssige Exsudate gelten; nach anderen sollte die sterile Luft das heilende Agens darstellen und es wurden manche Fälle durch Einblasen von Luft in die Bauchhöhle nach Ablassen des Exsudates geheilt. Nach Braatz sollte der bei der Operation zutretende Sauerstoff die Bacillen durch den plötzlichen Umschwung, da ja im Exsudat kein Sauerstoff ist, in ihrer Widerstandskraft schwächen; während anderweitige Tuberkulosen z. B. der Haut in Folge der tieferen Lagerung der Tuberkel unbeeinflusst bleiben, lägen eben hier und besonders bei der günstigen reichlich exsudativen Form die Tuberkelknötchen besonders oberflächlich und dem Einfluss des Sauerstoffs ausgesetzt. Auch das Eiweiss im Exsudat sollte die Heilung verhindern und Riva wusch deshalb nach der Eröffnung der Bauchhöhle und dem Ablassen des Exsudates die Bauchhöhle mit 10 Liter Borsäure aus und erzielte auf diese Weise 11 Heilungen. Bumm hat auf Grund mikroskopischer Untersuchung die Heilung auf dem Wege der Phagocytose zu erklären gesucht, indem erst nach dem Ablassen des Exsudates die Leukocyten in die Tuberkelknötchen eindringen und dieselben zur Schrumpfung bringen können; durch die Druckentlastung wird die Auswanderung der Leukocyten begünstigt. Wissenschaftlich am besten begründet ist jedenfalls die Theorie von Buchner, die sich auf die Alexine stützt: Das Bauchfell reagirt auf jeden Reiz mit starker Exsudation, wir kennen dies ja von unseren Bauchoperationen her, wie rasch sich ein Darm z. B. an dem wir operiren, an seiner Oberfläche verändert. Durch die Operation wird ein Exsudat gesetzt, in das reichlich Leukocyten auswandern. Je reicher nun ein Exsudat an Leukocyten ist, desto reicher wird das Serum an Alexinen, jenen Stoffen, die wahrscheinlich von den Leukocyten producirt, eine directe bactericide Wirkung ausüben. Dass daneben noch verschiedene Momente günstig einwirken, so der reichlichere Blutzufluss, der ja auch wieder die vermehrte Leukocytenauswanderung begünstigt, die günstigeren Resorptionsverhältnisse, vielleicht auch der Sauerstoff und die Entfernung der Stoffwechselproducte der Bacterien, die negativ chemotaktisch wirken, ist sicher nicht von der Hand zu weisen.

Referate und Bücheranzeigen.

C. S. Schleich: Schmerzlose Operationen. 256 S. Berlin, Julius Springer, 1894.

Die Bestrebungen des Verfassers zu Einführung der örtlichen Betäubung in die chirurgische Praxis sind allgemein bekannt. In vorliegender Abhandlung gibt er im Zusammenhange eine ausführliche Schilderung seiner bis in die feinsten Einzelheiten sorgfältigst ausgebildeten Methodik. Wer nun aber erwartet, nur über örtliche Infiltration in dem Buche zu lesen, sieht sich in der angenehmsten Weise enttäuscht. Nur die Hälfte des Werkes behandelt die örtliche Narkose, die andere Hälfte ist der allgemeinen Narkose gewidmet.

Verfasser weiss sein Thema von den verschiedensten Seiten anzufassen. Mit schneidender Schärfe kritisirt er eine Reihe von Zuständen bezüglich der heutigen Art der Narkose, wie sie sich besonders in grossen Krankenanstalten leider ausgebildet haben, in überzeugender Weise weist er auf die grossen Mängel hin, die jeder Statistik über Narkosen anhaften müssen, und unwiderlegbar zeigt er, dass jeder allgemeinen Narkose eine Reihe von directen und indirecten Gefahren anhaften, die heraufzubeschwören jeder Arzt sich wohl überlegen soll.

Unabweislich ist eben die Forderung eines besseren Unterrichts in der Narkose. Dazu gehört auch eine alle Thatsachen in befriedigender Weise erklärende Theorie über das Wesen der Narkose im Besonderen und des Schlafes im Allgemeinen. Verfasser hat eine solche Theorie aufgestellt, und, wenn man ihm auch nicht in allen Punkten zustimmen kann, so muss man doch staunen über die Fülle von physiologischen, biologischen, pathologischen Thatsachen, die er mit grossem Geschick zu seiner neuen Lehre von der Function der Neuroglia zusammengestellt hat.

Was nun den Hauptheil des Werkes, die örtliche Betäubung anbetrifft, so muss es sich Referent zu seinem sehr lebhaften Bedauern versagen, auf die Methode näher einzugehen. Er würde damit die Grenzen einer Besprechung sofort im Beginn überschreiten. Es ist auch wohl anzunehmen, dass die Hauptsachen von des Verfassers Verfahren schon lange bekannt sind. Und jeder, der das Verfahren selbst an seinen Patienten üben will, muss das Original selbst in ausgiebigster Weise sorgfältig studiren.

Referent ist der Ansicht, dass Jeder, der das Werk einem eingehenden Studium unterzieht, sich von des Verfassers Ausführungen in hohem Grade angezogen fühlen wird, und dass in ihm der lebhafte Wunsch aufsteigt, doch auch operiren zu können wie Schleich. Weiter ist Referent fest überzeugt, dass der Betreffende beim Befolgen der Schleich'schen Vorschriften einfach verblüfft ist darüber, dass in der That eine völlige Unempfindlichkeit erzielt werden und man in dem infiltrirten Gewebe in der That schneiden und manipuliren kann, genau wie Schleich es angibt.

Referent hat auch schon in früheren Jahren versucht, mit der dünnen Cocaïnlösung und einer Spritze bewaffnet, die örtliche Anästhesie zu erzeugen: es ist ihm nicht gelungen. Und so kam er denn dazu, der Meinung Ausdruck zu geben, dass bei Sch. wohl ein besonderes Geschick und Fähigkeit, vielleicht auch mit etwas Enthusiasmus vermischt, vorhanden

sein müsse, während andere mit dem Verfahren nicht zum Ziel kommen. Und als dann Referent gezwungen war zum Zwecke eben dieser Besprechung Schleich's Werk genau zu lesen, da kam ihm denn der Gedanke: Was Du früher getrieben hast, war auch keine Spur von Schleich's Methode; versuch's noch einmal und es wird gehen. Und er hat es versucht, und es ist gegangen über alles Erwarten gut. Der erste Fall war gar kein besonders einfacher, es handelte sich um eine Mastdarmfistel, noch dazu bei einem Collegen, die zu spalten und zu excidiren war. Die Operation war durchaus unempfindlich, nur zweimal, als in Folge Unvorsichtigkeit des Operirenden an einer nicht infiltrirten Stelle geschnitten wurde, kam es zu einer lebhaften Schmerzäusserung.

Referent hat dann in einer kleinen Reihe von weiteren Fällen die Schleich'sche Methode angewendet und bisher überall dessen Angaben genau bestätigt gefunden. Auch eine Ventrofixatio uteri hat er nach Schleich's Verfahren zur grössten Zufriedenheit der Kranken ausgeführt. Es ist ihm darnach zweifellos, dass die allgemeine Narkose sich bei einer sehr grossen Zahl von operativen Eingriffen entbehren lässt, und dass wir hier in der That vor einer Umwälzung in der Narkosenfrage stehen, deren Tragweite noch nicht abzusehen ist. Schleich gebührt das grosse Verdienst, allen Anfeindungen und Widersprüchen gegenüber unverrückt sein Ziel im Auge behalten und ein höchst vollkommenes Verfahren zur Herbeiführung der örtlichen Betäubung aufgestellt zu haben. Mag einer noch so voreingenommen sein gegen die Methode, er wird beim Lesen des Buches dem unermüdlichen Forscher die Anerkennung für sein planmässiges Vorgehen nicht versagen können.

Auf zwei Dinge glaubt Referent hier noch kurz hinweisen zu müssen. Erstens: So ganz einfach ist die Methode nicht, sie will erlernt sein wie jede andere Kunst. Derjenige würde sehr irren, der auch nach genauem Studium des Werkes nun glauben wollte, dass er ohne Schmerzen zu verursachen, Furunkel u. s. w. herausschneiden könnte. Jeder wird hier zunächst einige Schmerzäusserungen seiner Kranken erleben, bevor er die nöthige Fertigkeit im völlig schmerzlosen Operiren gewonnen hat. Schleich selbst gibt zu, dass er fortwährend habe weiter lernen und üben müssen.

Des Weiteren möchte Referent dem Bedenken Ausdruck geben, dass unter der örtlichen Anästhesie wenigstens bei dem Anfänger die Exactheit des Operirens leiden könnte. Referent ist fest überzeugt, dass Schleich selbst bei allen tuberculösen Herden sorgfältig alles Kranke bis weit in's Gesunde hinein entfernt hat, ebenso wie andere unter allgemeiner Narkose. Ob aber auch der Neuling, der die Technik noch nicht so vollständig beherrscht, ebenso sorgfältig vorgehen wird und kann, muss doch etwas zweifelhaft erscheinen. Hier dürfte zunächst die allgemeine Narkose noch vorzuziehen sein.

Schleich's Buch hat ein Anrecht darauf, von jedem Arzte auf's eingehendste studirt zu werden. Krecke.

K. A. Herzfeld: Klinischer Bericht über 1000 Bauchhöhlen-Operationen. Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1895.

Der Bericht umfasst die in der Zeit vom 23. Nov. 1884 bis 10. Febr. 1894 von Schauta in Innsbruck, Prag und Wien mit Eröffnung des Peritoneum ausgeführten Operationen. Seit Ende 1889 wurde streng aseptisch operirt. Grosser Werth wird auf eine sorgfältige Vorbereitung der Patientin vor der Operation gelegt; Beckenhochlagerung wird in ausgedehntem Maasse angewandt, zur Narkose in neuerer Zeit meist Aether gebraucht. Zur Naht dient ausschliesslich Seide. Die Bauchwunde wird stets mit Knopfnähten in mehreren Etagen geschlossen. Bei Austritt streptococcenhaltigen Eiters, beim Zurücklassen nekrotischer Massen, bei ungenügender Blutstillung und grösseren Hohlräumen fand Drainage resp. Tamponade (Mikulicz) in 60 Fällen statt. Die Nachbehandlung sei möglichst exspectativ, vor Opiumgebrauch wird gewarnt, Stuhlgang gewöhnlich durch ein Clystir angeregt. — Im speciellen Theile gibt K. eine genaue Statistik der in 11 Gruppen eingetheilten Operationen, auf die alle einzugehen hier natürlich unmöglich ist. Nur einzelne Punkte mögen erwähnt werden. Die Castration bei Myom wird vornehmlich ausgeführt in Fällen, wo bei relativ kleinen Tumoren die profusen Menstrualblutungen das einzige Symptom abgeben. In 74 Fällen (mit 13 Todesfällen) wurde bei Myom die supravaginale Amputation mit extraperitonealer Stielversorgung nach Schauta ausgeführt: das Wesentliche der Methode besteht darin, dass vor Eröffnung der Uterushöhle ein vollkommener Peritonealabschluss erzielt ist. 43 Fälle von Sectio caesarea mit 6 Todesfällen (darunter 6 Fälle nach Porro mit 2 Todesfällen). Bei der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom werden, wenn irgend möglich, die Adnexa mitentfernt. Auffallend gross ist die Zahl der Adnexoperationen: 313 mit 20 Todesfällen! 198 Ovariotomien (16 Todesfälle). Die sacrale Totalexstirpation wurde in 15 Fällen (5 Todesfälle) ausgeführt. 77 Ventrofixationen ohne Todesfall. — Der Bericht enthält ein Verzeichniss der Todesfälle mit Auszügen aus den Sectionsprotocollen. — Die sehr fleissige Arbeit sei eingehendem Studium warm empfohlen. Gessner-Berlin.

Dr. Alexander in Aachen: **Neue Erfahrungen über luetische Augenerkrankungen.** Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1895.

In dieser kleineren Schrift liefert Alexander einen Nachtrag zu seiner grösseren Monographie: „Syphilis und Auge", welche 1889 im gleichen Verlage erschienen ist. Er trägt hier besonders der veränderten genetischen Auffassung syphilitischer Augenleiden, wie sie durch Heubner's Untersuchungen angeregt wurden, Rechnung und flicht aus dem reichen Schatze seiner Erfahrung höchst interessante Krankengeschichten ein. Diese grosse in praktischer Thätigkeit erworbene Erfahrung berechtigt den Autor auch seinen Standpunkt gegenüber der Erb'schen Anschauung über den syphilitischen Ursprung der Tabes einzunehmen und sich der von Leyden repräsentirten Auffassung anzuschliessen, insofern als er annimmt, dass bei Sclerose des Nervensystems das Quecksilber einen schnelleren Verfall der Nervensubstanz herbeizuführen vermag und daher zu vermeiden ist. Viele praktische Winke und diagnostische Anhaltspunkte machen diese neue Arbeit Alexander's nicht nur für den Ophthalmologen, sondern für jeden Arzt höchst lesenswerth. Dr. Seggel.

Dr. **A. Cramer**, II. Arzt der Landirrenanstalt Eberswalde: **Beiträge zur feineren Anatomie der Medulla oblongata und der Brücke mit besonderer Berücksichtigung des 3.—12. Hirnnerven.** 46 Abbildungen, 98 Seiten. Jena, Fischer, 1894.

Die Brochure ist ein werthvoller Beitrag zur Anatomie der Oblongata und der Haube. Sie bringt eine gute Darstellung aller einschlägigen Fragen und der bisherigen Versuche ihrer Beantwortung und schliesst dann jeweilen die Resultate eigener Untersuchung zweier Fötengehirne an, deren Markscheiden gefärbt worden waren. Verf. ist etwas zu sehr geneigt, einem blossen Nebeneinanderlaufen von Fasern eine Bedeutung zu geben, die nicht bewiesen ist (z. B. Flockenstiel und nervus cochleae), und ohne Hinzuziehung anderer Methoden war es natürlich unmöglich, viele neue Resultate ganz sicher zu stellen. Wer indess auf diesem Gebiete sich bethätigen will, muss mit der Arbeit rechnen. Zum Referat eignet sie sich nicht.

Bleuler-Rheinau.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 27. Band, 5. und 6. Heft.

15) M. Radasewsky: **Ueber die Muskelerkrankungen der Vorhöfe des Herzens.** (Aus der Hospitalklinik des Prof. K. Dehio in Dorpat.)

Da, wie durch physiologische Thatsachen und durch die Experimente von Krehl und Romberg neuerdings festgestellt ist, der Anstoss zur rhythmischen coordinirten Herzaction von den Vorhöfen ausgeht, untersuchte Verfasser bei 6 Fällen von chronischer Herzmuskelerkrankung die Musculatur der Ventrikel und Vorhöfe durch Anlegung von Schnittserien und gelangte hiebei zu folgendem Resultat: Der anatomische Befund bei der Herzmuskelerkrankung ist neben der herdweise auftretenden schwieligen Myocarditis häufig auch eine diffuse fibröse, interfasciculär durch Vermehrung des

die Muskelbündel trennenden Bindegewebes und in schwereren Fällen auch interstitiell durch Bindegewebswucherung um die einzelnen Muskelfasern auftretende Degeneration des Myocards, welche häufig in der Wand der Vorhöfe viel stärker ausgeprägt ist als in den Ventrikelwandungen. In denjenigen der 6 Fälle, (von welchen allen die Krankengeschichte mitgetheilt wird), wo es sich um eine starke Degeneration der Vorhofsmusculatur handelte mit oder ohne gleichzeitige schwere Betheiligung der Ventrikelwand, wurde hochgradige Unregelmässigkeit und Arhythmie der Herzaction intra vitam beobachtet, während bei den übrigen nur geringe Veränderungen der Vorhofswandungen ergebenden Fällen die Herzaction bis zum Ende regelmässig und rhythmisch blieb, so dass die Irregularität der Herzthätigkeit bei chronischer Myocarditis auf Muskelerkrankung der Vorhöfe zu beziehen ist.

16) A. Meltzing: **Magendurchleuchtungen.** (Fortsetzung.) Aus der med. Poliklinik in Rostock.)

Pathologischer Theil: I. Die Diagnose der Gastrektasie kann durch die Durchleuchtung allein nicht gestellt werden weder bei der Gastrektasie in Folge von Pylorusstenose, bei welcher Fundus und Pylorus an normaler Stelle liegen und die vor dem Pylorustheile befindliche Partie erweitert ist, noch bei der Ektasie in Folge von motorischer Insufficienz, bei welcher der Pylorustheil erweitert ist und in Folge dessen der Magen sich abnorm weit nach rechts ausdehnt. Ebenso kann auch II. bei motorisch insufficientem Magen, bei welchem der geringe Unterschied der Ausdehnung des leeren von der des starkgefüllten Magens durch die Durchleuchtung festzustellen ist, und III. beim carcinomatösen Magen, bei welchem die Durchleuchtung häufig den Sitz des Tumors genauer feststellt, und IV. bei der Gastroptose die Diagnose allein aus dem Durchleuchtungsbefunde nicht gestellt werden. Bei der Differentialdiagnose der Gastroptose ist es nöthig, auch den im linken Hypochondrium gelegenen Theil des Magens zu durchleuchten und durch Percussion festzustellen, dass die obere der kleinen Curvatur entsprechende Durchleuchtungsgrenze des Magens von dem unteren Leberrand durch eine dem Magen nicht angehörende Zone getrennt ist, dazu ist noch der Nachweis von Form- und Lageveränderungen des linken Leberlappens und von Anpassung des Magens durch Umgestaltung seiner Form und Lage, z. B. durch winklige Knickungen, an diese veränderten Verhältnisse erforderlich.

17) R. Kolisch und K. v. Stejskal: **Ueber die durch Blutzerfall bedingten Veränderungen des Harns.** (Aus der med. Klinik Neusser's in Wien.)

Verfasser bestimmten bei einem Fall von schwerer Anämie, wahrscheinlich im Anschluss an Pseudoleukämie, Stickstoff und Phosphorsäuregehalt der Nahrung und des Harns, in letzterem auch die Chloride, Alkalien, alkalischen Erden, die Menge der Harnsäure und der Xanthinbasen und der Glycerinphosphorsäure, und fanden eine sehr beträchtliche Menge des Stickstoffs und der phosphorsauren Alkalien, der Xanthinbasen und eine kolossale Verminderung der Harnsäuremenge. Die hohe Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung erklären die Verfasser aus dem rapiden Zerfall des Blutes, ebenso die Vermehrung der Xanthinbasen und die Verminderung der Harnsäure, nach Analogie des Horbaczewski'schen Experimentes, nach welchem die Harnsäure durch oxydative Vorgänge, die Xanthinbasen durch einfache Spaltung entstehen.

18) Treitel-Berlin: **Ueber Parasigmatismus nasalis.**

Während Sigmatimus eine unrichtige Aussprache des S und der ihm verwandten Laute Sch, Ch, X und Z, das Lispeln, ist, findet beim Parasigmatismus ein Ersatz dieser Laute durch andere, beim Parasigmatismus nasalis durch einen Nasenhauch oder Nasenlaut statt. Derselbe ist organisch, durch Gaumendefecte, oder functionell, nach Gutzmann durch Angewöhnung bedingt. Von letzterem beschreibt Verfasser einen Fall von einer 28jährigen Patientin, bei welcher nur S und Sch durch einen nasalen Hauch ersetzt waren, wie die mit einer Trommel aufgezeichneten Luftdruckschwankungen in der Nase zeigen und welche nach 5 Tagen schon, ohne vom Verfasser angeleitet zu sein, die richtige Aussprache des S und Sch erlangte.

19) K. Grube-Neuenahr: **Zur Aetiologie des sogenannten Diabetes mellitus.**

Verfasser fand bei 177 Fällen von Diabetes, von welchen 40 weiblichen und 137 männlichen Geschlechts waren, folgende ätiologische Momente. Die Mehrzahl der weiblichen erkrankte im Anschluss an die Menopause im Alter von 45—55 Jahren, die männlichen der Mehrzahl nach zwischen 50. und 60. Lebensjahre; 22 Patienten waren Israeliten, 66 litten an Arteriosklerose, 39 an Gicht, an Fettsucht nur weibliche, im Ganzen 5, Directe Heredität war in 10 Fällen, collaterale bei 4 Fällen nachzuweisen. Bei 5 Fällen waren acute Infectionskrankeiten, bei 2 syphilitische Infection vorausgegangen, bei 7 Fällen waren complicirende Nervenkrankheiten, nämlich 5 mal Neurasthenie, je 1 mal Morbus Basedowii und Tabes, 1 mal war Melancholie gleichzeitig vorhanden. Ein Trauma war 1 mal vorhergegangen, 1 mal war Gallensteinkolik und 2 mal andere Koliken, vielleicht Pankreassteinkoliken vorausgegangen. Zu bemerken ist noch, dass Verfasser von der Massage bei Arteriosklerose und Diabetes günstige Erfolge gesehen hat.

20) J. Schneyer: **Das Verhalten der Verdauungsleukocytose bei Ulcus rotundum und Carcinoma ventriculi.** (Aus der I. med. Klinik in Wien.)

Verfasser bestimmte von der durch Hofmeister und Pohl bewiesenen Ansicht, dass die Resorption der Peptone vom Magendarmcanal die Verdauungsleukocytose hervorruft, ausgehend, bei 18 Fällen von Magencarcinom, bei 3 Fällen von gutartigen Stenosen des Pylorus und bei 8 Fällen von Ulcus ventriculi rot. die Zahl der weissen Blutkörperchen 1—2—3 Stunden nach Aufnahme von 800 ccm Milch und 2 Eiern und fand, dass bei allen Carcinomen die Verdauungsleukocytose fehlte, während sie bei den gutartigen Stenosen und den Magengeschwüren nur 1 mal vermisst wurde, so dass das Verhalten der Verdauungsleukocytose diagnostisch zu verwerthen ist.

21) S. Askanazy: **Bothriocephalusanämie und die prognostische Bedeutung der Megaloblasten im anämischen Blute.** (Aus der med. Klinik Lichtheim's zu Königsberg.)

Nach einer Uebersicht über die Literatur gibt Verf. die Krankengeschichte eines 58jährigen Kartoffelhändlers, welcher seit dem 15. Lebensjahre zeitweise Bandwurmketten entleerte und seit dem Winter 1893 eine Anämie bekam, welche sich progressiv entwickelte, bis er bei seinem Eintritt in's Spital am 14. Juni Oedeme der Haut mit Petechien und Blutungen in der Netzhaut, dabei 1 200 000 rothe Blutkörperchen und 30 Proc. Hämoglobin hatte. Nach der Abtreibung mit dem Helfenberg'schen Mittel, wobei 67 Köpfe von Bothriocephalus entleert wurden, besserte sich das Befinden so, dass Patient am 19. Juli mit einer Gewichtszunahme von 12 Pfund geheilt entlassen wurde: Im Blute fanden sich vor der Abtreibung zahlreiche Poikilocyten, kernhaltige rothe, von welchen nur wenige Normoblasten, die übrigen Megaloblasten waren. Diese verschwanden nach der Cur in 2 Wochen, die Normoblasten nahmen Anfangs zu, verschwanden aber auch dann bis zum Ende der 3. Woche. Verfasser hält die principielle Unterscheidung Ehrlich's zwischen Normoblasten und Megaloblasten für unbegründet; er hält die Megaloblasten für jugendlichere, die Normoblasten für ältere Formen, da erstere zahlreiche Mitosen und die polychromatophile Färbung Gabritschewsky's zeigen, und sieht in dem Auftreten der Megaloblasten, welche allerdings für die Schwere der Anämie sprechen, aber keine absolut infauste Prognose erlauben, den Ausdruck einer excessiven Regeneration des Knochenmarkes. Ein gleichzeitig beobachteter zweiter Fall mit Bothriocephalus latus und Anämie, welche aber nicht dem Bilde der perniciösen Anämie entsprach, wurde durch Abtreibung des Bothriocephalus nicht gebessert, so dass die Anämie wahrscheinlich nicht von dem Bandwurm, sondern von den seit Jahren sich wiederholenden Hämorrhoidalblutungen herrührte.

22) L. Asher, Assistent am physiologischen Institut in Bern: **Ueber den Druck im Labyrinth, vornehmlich bei Hirntumor.**

Da nur in 11 Procent der Fälle von Hirntumoren Gehörstörungen vorkommen, untersuchte Verfasser an einem derartigen Falle von multiplen Tumoren an der Basis cerebri das Gehörorgan, um Aufschluss über die Druckverhältnisse im Labyrinth zu gewinnen, und fand ausser einer Degeneration im M. tensor tympani den Acusticus und seine Ausbreitungen grösstentheils in Gliosarkommassen aufgegangen, dabei strotzende Füllung der Gefässe im Modiolus und der Stria vascularis der Schnecke; Schwund des Cortischen Organs, aber Unversehrtheit der Reissner'schen Membran, und erklärt letzteres dadurch, dass bei Drucksteigerung im Schädel der Druck im endo- und perilymphatischen Raum zu gleicher Höhe ansteigt, weil durch Behinderung des Blutabflusses aus den Venen der Blutdruck in den Gefässen der Stria vascularis steigt und vermehrte Lymphsecretion in den endolymphatischen Raum bewirkt. Auch der Befund eines älteren ähnlichen Falles bestätigte diese Ansicht.

23) J. Zerner: **Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die cardiale Dyspnoe.** (Aus dem Laboratorium v. Basch's in Wien.)

Verfasser bestimmte die Athemvolumina und den negativen inspiratorischen Druck bei Gesunden mit willkürlich forcirter Athmung und bei mässiger und starker Körperarbeit, welche zur Dyspnoe führte, ebenso bei Leuten mit Herzmuskelerkrankungen, mit Mitralinsufficienz und mit Aorteninsufficienz und fand, dass der Nutzeffect der Athemarbeit um 30 Proc. sinkt bei Gesunden bei forcirter Athmung, in Folge von Vermehrung der Reibungswiderstände in den Luftwegen; um 77 Proc. bei Dyspnoe in Folge starker Körperarbeit; um 40 Proc. bei Dyspnoe in Folge mässiger Körperarbeit; dass ferner bei Leuten mit Herzmuskelerkrankungen die Dyspnoe und starke Verminderung des Nutzeffectes der Athemarbeit erzeugende körperliche Arbeit viel geringer ist als bei Gesunden, ebenso bei Mitralinsufficienz, während bei Aorteninsufficienz trotz etwas stärkerer Arbeit als bei den eben genannten der Nutzeffect nur um ca. 62 Proc. herabgesetzt ist. Die Ursache hiefür ist die sich entwickelnde Lungenschwellung und Lungenstarrheit neben der Erhöhung des Reibungswiderstandes, während die chemischen Athemreize nur eine Beschleunigung und Vertiefung der Athmung bedingen und eine Verminderung des Nutzeffectes der Athemarbeit nur durch Vermehrung der Reibungswiderstände in den Luftwegen bewirken. Die Grösse des Nutzeffectes der Athemarbeit kann als Maassstab für die Leistungsfähigkeit des Herzens gelten.

24) G. Klemperer und A. v. Zeisig: **Ueber die Behandlung von 3 Gichtkranken mit Lysidin.** (Aus der I. med. Klinik in Berlin.)

Verfasser gaben 3 Arthritikern das Lysidin, einen dem Piperazin chemisch nahestehenden Körper, Wochen lang in folgender Medication: Lysidin (50 Proc.) 10,0, Aq. dest. 200,0; d. ad vitr. nig. 3—5 Esslöffel täglich zu je 20 g; ohne einen Einfluss auf die Gelenkschwellungen und Schmerzen und auf die Harnsäureausscheidung zu erzielen.

25) O. Thiele: **Beitrag zur ätiologischen Diagnose des Kotherbrechens.** (Aus der I. med. Klinik in Berlin.)

Verfasser berichtet über einen Fall von einer 56 jährigen Patientin, welche plötzlich mit Erbrechen fäculenter, mit geronnenem Blut gemischter Massen erkrankte, hierauf schwarzen Stuhl entleerte, keinen Meteorismus, keine besondere Druckempfindlichkeit des Leibes, dagegen Resistenzvermehrung der Leber mit Unebenheiten an ihrer Oberfläche hatte, und unter sich wiederholendem Kotherbrechen und gleichzeitigen Diarrhoen zu Grunde ging. Die Section bestätigte die Diagnose eines in den Magen und das Duodenum durchgebrochenen Coloncarcinoms mit Metastasen in der Leber.

Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1895, No. 15 und 16.

No. 15. Poelchau: **Ein Fall von innerem Milzbrand.** (Aus der Städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg.)

Verfasser theilt Krankengeschichte und Sectionsbefund eines Falles von innerem Milzbrand mit. Das auffallendste Symptom war eine hochgradige, allgemeine Cyanose. Die Infectionsgelegenheit konnte nicht ermittelt werden.

No. 16. M. Matthes: **Ueber das Zustandekommen der fieberhaften Allgemeinreaction nach Injectionen von Tuberculin beim tuberculösen Organismus.** (Aus der med. Klinik zu Jena.)

Albumose- bezw. Peptongemische erzeugen dieselben Reactionen wie Tuberculin, und namentlich erzeugen sie in genügend grosser Dosirung auch beim gesunden Thier und Menschen Fieber; ferner steht fest, dass Albumosen und Peptone im tuberculösen Gewebe vorkommen.

Die dem Saftstrom einverleibten Albumosen rufen dort Erscheinungen von Hyperämie hervor, wo derartige Körper bereits vorhanden sind. Typisches Beispiel ist die Localreaction im tuberculösen Gewebe.

Durch diese Localreaction werden nun Bedingungen gegeben, um die im tuberculösen Gewebe aufgespeicherten Albumosen (bezw. tuberculinähnliche Körper) auszuschwemmen und in den Kreislauf zu werfen. Diese Körper rufen in genügender Dosirung auch beim gesunden Thiere Fieber hervor; man braucht sich daher nur vorzustellen dass durch die plötzliche Ausschwemmung derselben die fiebererregende Dosis erreicht wird, um eine genügende Erklärung für das Zustandekommen der fieberhaften Allgemeinreaction des tuberculösen Organismus auf kleine und kleinste Dosen Tuberculin zu haben. Beim Gesunden würden nach diesem Gedankengang Tuberculin und Albumosen nur dann Fieber erzeugen, wenn sie in wirklich fiebererregender Dosis injicirt würden, beim tuberculösen Organismus dagegen würden derartige Injectionen schon in weit geringerer Dosis Fieber hervorrufen, weil sich zur Wirkung der eingeführten Tuberculin- bezw. Albumosenmenge die Quantität des Ausgeschwemmten addiren würde.

Eine Stütze für die Annahme einer Ausschwemmung von präformirten, durch bacilläre Einwirkung entstandenen albumoseartigen Producten ist die Thatsache, dass man diese ausgeschwemmten Albumosen nach der fieberhaften Reaction im Urin findet. (Albumosurie nach Tuberculininjectionen.)

W. Zinn-Nürnberg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 15 und 16.

No. 15. 1) E. Winternitz: **Zur Behandlung der Blasenfisteln.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.)

Verfasser bespricht unter Anführung der Literatur die Entwicklung der Operationsmethoden zur Heilung von Harngenital-, speciell Blasengenitalfisteln und theilt sodann 3 nach der Methode der Lappenspaltung mit vollem Erfolg operirte Fälle mit. In einem derselben war die Fistel durch längeres unbeaufsichtigtes Tragen eines Zwanck-Schilling'schen Pessars entstanden. Blasen- und Scheidennähte werden ausschliesslich mit Catgut ausgeführt.

2) A. Dührssen-Berlin: **Ueber vaginale Koeliotomie bei zwei Fällen von Tubenschwangerschaft.**

An die Mittheilung der Fälle schliesst D. eine Besprechung der Operationstechnik der „vaginalen Koeliotomie". Dieselbe erfordert, wenigstens in Fällen wie die vorliegenden, entschieden grosse Uebung, bietet aber manche Vortheile, die im Wesentlichen darauf hinausgehen, dass die Operation gewissermaassen eine extraperitoneale ist.

3) B. Feinberg-Kowno: **Inversio vesicae urinariae per fissuram abdominis cum atresia vaginae bei einer Neugeborenen.**

Bemerkenswerth ist, dass die Frucht nicht nur ausgetragen, sondern sogar kräftiger entwickelt war, als es dem Durchschnitt entspricht, dass die Weichtheile des Beckenbodens fehlten und dass das Rectum mit der Scheide communicirte.

No. 16. 1) Krönig: **Ueber die Natur der Scheidenkeime, speciell über das Vorkommen anaërober Streptococcen im Scheidensecret Schwangerer.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

Die sysematisch durchgeführten Untersuchungen K.'s über die Scheidenkeime führten zur Feststellung einer Anzahl Arten, von denen Verf. einige, besonders 2 Arten anaërober Streptococcen, eingehender beschreibt. K. konnte das von Döderlein u. A. angegebene Gemisch von allen möglichen Saprophyten in der Scheide nicht bestätigen, er fand vielmehr die Scheidenkeime als reine Art im Secret oder Vorhandensein einer Symbiose von einigen Keimarten. Die grösste Zahl der Scheidenkeime sind obligat anaërob, ein geringer Theil facultativ anaërob.

2) J. Hochenegg: **Ueber die Verwendbarkeit der sacralen Methode bei fixirter Retroflexion.**

Mittheilung eines Falles von Retroflexio fixata, bei welchem H. die sacrale Methode anwandte; nachdem so der Uterus blossgelegt (und eine zufällig gefundene Ovarialcyste entfernt) worden war, wurde der Uterus nach vorn umgelegt und durch Annähen des vom Rectum nach vorne abgehenden Peritonealblattes hoch an der Cervix, sowie durch eine zweite Sutur Cervix — Lig. sacro-il., die Cervix einestheils gehoben und nach rückwärts gezogen, anderntheils der Douglas'sche Raum zum Verschwinden gebracht. Nach Genesung von der Operation und in der Folge war die vorher sehr heruntergekommene Patientin von jeglichen Beschwerden und Reflexsymptomen vollkommen befreit und voll arbeitsfähig. Ein Pessar war nicht eingelegt worden. — Jetzt, zwei Jahre nach der Operation ist der Uterus noch immer stark vergrössert, etwas retrovertirt, beweglich. Patientin ausserordentlich zufrieden.

3) H. Thomson: **Hochgradige Hypertrophie der Portio vaginalis uteri.** (Aus dem evangelischen Hospital in Odessa.)

Seltener Fall einer idiopathischen (wahrscheinlich in der Anlage angeborenen) Portiohypertrophie. Amputation. Heilung.

Eisenhart-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895, No. 15 und 16.

No. 15. 1) J. Bókai: **Meine Erfolge mit Behring's Diphtherieheilserum.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Budapest.)

Es sind im Ganzen 120 Kinder, davon 69 nicht über 3 Jahre und davon wieder 45 nicht über 2 Jahre alt; 60 Proc. waren schwere bezw. sehr schwere Erkrankungen. Sämmtliche Kinder, auch die moribund aufgenommenen wurden mit Heilserum B. behandelt; Maximum pro Kind 4200 A. E., Durchschnitt 2000 A. E. Die Gesammtsterblichkeit betrug 25 Proc., in den drei vorhergehenden Jahren dagegen 53,5 bis 67,5 Proc.! Sehr günstig wird durch die Serumtherapie die diphtheritische Erkrankung der Laryngeal- und Trachealschleimhaut beeinflusst; B. hatte 57 Proc. Heilungen bei den intubirten Kindern, in früheren Jahrgängen $22^1/_2 - 42^1/_3$ Proc.!

Verfasser erörtert sodann das Verhalten der einzelnen Symptome unter dem Einfluss des Heilserums und die dem letzteren thatsächlich oder vermuthlich zuzuschreibenden Nebenwirkungen. Als solche konnte Verfasser nur die bekannten Exantheme (in 10 Proc.) constatiren. B. bezeichnet die Heilserumtherapie als die beste aller versuchten Behandlungsmethoden der Diphtherie; in von Anfang an septischen Fällen ist seine Wirkung zweifelhaft; die Gefahr der tödtlichen Herzschwäche, die gelegentliche Nothwendigkeit der Intubation (bezw. Tracheotomie) besteht nach wie vor.

Es wurde auch eine Serie Immunisirungsversuche gemacht; dieselbe gestattet ein für die Zukunft günstiges, wenn auch zur Zeit noch nicht abschliessendes Urtheil.

2) Th. Rosenheim: **Ueber einige operativ behandelte Magenkranke nebst Bemerkungen über Milchsäuregährung.** (Aus der medic. Universitäts-Poliklinik in Berlin.)

Schluss in nächster No.

3) A. Loewy und P. Fr. Richter: **Ueber den Einfluss von Fieber und Leukocytose auf den Verlauf von Infectionskrankheiten.** (Aus der III. medic. Universitäts-Klinik in Berlin.)

Bei Thieren wurde zunächst durch Sachs-Aronsohn'schen Hirnstich Hyperthermie erzeugt; die Thiere wurden sodann mit Bacillen der Diphtherie, Hühnercholera, des Schweinerothlaufs und mit Pneumococcen inficirt. Solche Thiere zeigten eine entschieden grössere Resistenz gegen die Infection als die bei normaler Temperatur inficirten Controlthiere. Es zeigte sich also, dass die Ansicht, wonach das Fieber ein Heilfactor ist, wohlberechtigt ist.

Eine zweite Versuchsserie beschäftigte sich mit der Leukocytose. Dieselbe wurde durch intravenöse Injection von Gewebssäften und albumoseartigen Körpern künstlich erzielt, sodann die Thiere inficirt. Auch hier war die günstige Wirkung dieses natürlichen Schutzmittels des Organismus eclatant.

4) Gumprecht: **Neuere Fortschritte in der Kenntniss der Cholelithiasis.**

Zusammenfassendes Referat.

5) B. Goldenberg: **Ein Fall von Morbus Weilii.** (Aus dem Odessaer Stadthospital.)

Mittheilung des Falles, der eine 37jährige Frau betraf und in Genesung endete. Vier vorhergehende Fälle waren bei Männern beobachtet worden. Aus der Krankheitsgeschichte ist zu erwähnen, dass die Krankheit 12 Tage dauerte, dass das Sensorium frei blieb, dass nervöse Symptome und Relaps fehlten; Polyurie hatte nur einen Tag gedauert.

6) C. Spengler-Davos-Platz: **Pankreatinverdauung des Sputums zum Sedimentiren der Tuberkelbacillen.**

Detaillirte Mittheilung der Methode.

No. 16. 1) Th. Kocher: **Methode und Erfolge der Magenresection wegen Carcinom.** (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Bern.)

Kommt nach Abschluss der Arbeit zur Besprechung.

2) A. Hoffa: **Ueber Schienenhülsenapparate und ihre Verwendung in der Orthopädie.** (Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. Albert Hoffa in Würzburg.)

Verfasser beklagt es, dass der Orthopädie von Seite der Aerzte im Allgemeinen noch immer nicht das gebührende Interesse und Studium gewidmet wird, befürwortet die Errichtung orthopädischer Polikliniken und Kliniken mit eigenen mechanischen Werkstätten und demonstrirt zunächst an einem Falle von Abductionscontractur des Hüftgelenks die Vortheile der von Hessing zuerst angegebenen Schienenhülsenapparate.

3) G. Perthes: **Ueber die Operation der Unterschenkelvaricen nach Trendelenburg.** (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Bonn.)

Trendelenburg hat seiner Zeit empfohlen die Vena saphena magna bei Unterschenkelvaricen zu unterbinden und zu durchschneiden. Verfasser bespricht zunächst das Princip dieser Behandlungsmethode, das im Wesentlichen in dem Ausschliessen der rückläufigen Strömung in der Vena saphena magna besteht und berichtet sodann über die Erfolge von 87 derartigen Operationen. Die Methode ist einfach, die unmittelbaren Erfolge sind, auch in Bezug auf die Heilung von Ulcera cruris, sehr günstige. Bei der Revision zeigten sich 78 Proc. dauernd geheilt. Die Recidive, von denen ein Theil durch eine zweite Operation beseitigt wurde, erklären sich theils durch Regeneration des Stammes der Vena saphena, theils durch Ausbildung eines Collateralkreislaufs um die Unterbindungsstelle. Es empfiehlt sich desshalb statt der Unterbindung die Resection auszuführen.

4) G. Wedekind: **Ein Fall von Aneurysma arterio-venosum traumaticum der linksseitigen Schlüsselbeingefässe.** (Aus dem städt. allg. Krankenkaus am Friedrichshain in Berlin [Prof. Hahn.])

Bemerkenswerth ist, dass die durch Stichverletzung der Arter. und Vena subclavia entstandene Blutung stand, ohne dass hochgradige Herzschwäche bezw. Ohnmacht eingetreten wäre, und dass Patient jetzt, 7 Monate nach der Verletzung, keinerlei Beschwerden aufweist. In dem Falle war exspectativ behandelt worden; dieses Vorgehen ist (gegenüber der sofortigen Unterbindung) gerechtfertigt, wenn die primäre Blutung eine verhältnissmässig geringe ist, wenn eine gleichzeitige Verletzung von Arterie und Vene anzunehmen ist, wenn Warnungsblutungen fehlen und wenn der Patient ständig unter ärztlicher Beobachtung ist, so dass erforderlichen Falls sofort die Unterbindung ausgeführt werden kann.

5) O. Thilo-Riga: **Apparate für Fingergymnastik.**

Verfasser beschreibt seine Methode für Fingergymnastik, welche bei Gelenkversteifungen und einigen nervösen Erkrankungen der Hand (functionelle Störungen, Beschäftigungsneurosen etc.) zur Anwendung kommt. Es sind Widerstandsbewegungen, deren günstiger Effect sich aus der Erleichterung der Circulation, der passiven Bewegung und Dehnung der erkrankten Nerven und Muskel, und der Beeinflussung des centralen und peripheren Nervensystems erklärt.

6) Th. Rosenheim: **Ueber einige operativ behandelte Magenkranke, nebst Bemerkungen über Milchsäuregährung.** Schluss aus No. 15. (Aus der medic. Universitäts-Poliklinik in Berlin.)

Verfasser berichtet zunächst kurz über einige operativ behandelte Magenkranke und wendet sich sodann einigen Punkten des Magenchemismus in Krankheitsfällen, besonders dem Carcinoma ventriculi, zu. Unter 47 Fällen von Magenkrebs fand sich in 34 bei der ersten Untersuchung Fehlen freier Salzsäure und bei 26 von diesen bestand Milchsäuregährung. Die Milchsäurebildung ist zwar in manchen Fällen ein werthvolles, aber kein Frühsymptom des Carcinoms und für Magenkrebs nicht bestimmend, da es, wenn auch seltener, auch unter anderen pathologischen Verhältnissen zu Stande kommen kann (motorische Störung, Stagnation). Die Milchsäuregährung, die in allerdings minimaler Grösse auch im gesunden Magen stattfinden kann, erreicht einen gewissen (pathologischen) Umfang nur da, wo freie Salzsäure nicht vorhanden ist.

Eisenhart-München.

Pädiatrie.

F. Scherer: **Ein Beitrag zur Aetiologie der Leptomeningitis bei Säuglingen.** (Aus der k. k. böhmischen Universitätsklinik des Prof. Schwing, Prag). — Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band 29. Heft 1.

Drei junge Säuglinge (der älteste 22 Tage alt) verstarben nach kurzer, in diesem Alter und an der dortigen Anstalt seltenen Krankheit, deren Diagnose durch die Section bestätigt wurde: Leptomeningitis purulenta baseos et convexitatis, dabei jedesmal theils ein-, theils doppelseitige Otitis media purulenta, und Enteritis. Von dem eiterigen Exsudat der Meningen, Blut, Milzsaft etc. wurden in allen Fällen frische Präparate gemacht, sowie Culturen aller Art und Thierversuche. Ueberall fand sich übereinstimmend dieselbe Bakterienart, die sich auch für Thiere pathogen zeigte, und sich als Bacterium coli commune erwies; die Todesfälle beruhten auf reiner Infection mit diesem Mikroben, welcher sich auch ausschliesslich im eiterigen Inhalt sämmtlicher erkrankten Paukenhöhlen fand. Ueber den Weg der Infection bemerkt Verfasser: „Bedenkt man nun, dass beim Baden der Säuglinge sehr leicht das Wasser aus dem Bade in den Mund des Kindes, sowie in den äusseren Gehörgang gelangt, und dasselbe, wie begreiflich, sehr häufig Fäces des badenden Kindes enthält, so kann man leicht annehmen, dass auf diese Weise die verschiedensten Keime in das innere Ohr eindringen können." Das Bact. coli würde sich dann um so leichter ansiedeln können, als ohnehin eine grosse Anzahl Säuglinge an entzündlichen Mittelohraffectionen leidet (nach Rasch 75 Proc. aller in Spitälern verstorbener Kinder).

N. Berend: **Ueber die intermittenten Formen der fibrinösen Pneumonie.** (Aus dem Stefanie-Kinderspital in Budapest.) — Ibid.

Verfasser unterscheidet dreierlei Arten dieser Krankheitsform: 1) Intermittens malarica pneumonica, für welche charakteristisch ist, dass Prodromien vorangehen, dass sie meist aus Bronchitis hervorgeht, Milztumor vorhanden ist, dass die Apyrexie kürzer ist, als das febrile Stadium, dass das Fieber mit dem Typus der Tertiana oder Quotidiana beginnt, und dass Chininwirkung beobachtet werden kann. 2) Fälle, wo eine Mischinfection, d. h. Malaria und fibrinöse Pneumonie, vorliegt. Die richtige Deutung dieser Fälle beruhe lediglich auf der Anamnese. 3) Fälle, wo in Folge sprungweiser Weiterentwickelung Intermissionen und Exacerbationen zu Stande kommen. Für diese Gruppe sei charakteristisch: unregelmässiges Fieber, allzulange Dauer des febrilen im Verhältniss zum afebrilen Stadium, Mangel des Milztumors, sowie spontane Heilung ohne Chinin. Die zwei von B. beschriebenen Fälle (mit Fiebercurven) gehören der dritten Kategorie an — also genuine croupöse Pneumonien mit intermittentem Fieber ohne Malaria oder Mischinfection.

Docent J. Eröss: **Ueber die Verhältnisse der Neugeborenen in Entbindungsanstalten und in der Privatpraxis.** Ibid.

Die Ausführungen E.'s sind von grossem allgemeinem Interesse. Verfasser bespricht zunächst die enorme Mortalität der Neugeborenen (die Berechnungen sind aus bis in Millionen reichenden Zahlen gewonnen); so erreichen von den lebend Geborenen in grossen Städten 10 Proc. selbst das Alter von 4 Wochen nicht; die Zahl der unter 1 Monat gestorbenen Säuglinge macht 10 Proc. der Gesammt-Sterblichkeit, und fast den vierten Theil der Kindermortalität (bis zum 5. Lebensjahre) aus. E. wendet sich dann scharf gegen die so beliebte Diagnose Debilitas congenita, die unrichtig sei und nur als Lückenbüsser einer mangelhaften Sachkenntniss entspringe; denn die hohe Mortalität der Neugeborenen geht nur aus einer entsprechenden Morbidität hervor; dass diese aber im einzelnen Falle nicht erkannt und gewürdigt werde, dies sei der wunde Punkt und zunächst darauf zurückzuführen, dass vor allem in Entbindungsanstalten die Neugeborenen zu wenig beobachtet und berücksichtigt werden, und die Mediciner daher mit den Krankheiten derselben nicht bekannt würden. Ein grosser Theil der Erkrankungen Neugeborener ist nur durch Infection bedingt; von besonderer Wichtigkeit ist daher nur eine richtige Prophylaxe, wodurch z. B. auf der Budapester I. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik die Zahl der febrilen Erkrankungen allmählich von 45 Proc. auf 11,38 Proc. sank; „und ebenso, wie wir in der Lage sind, der Wundinfection entgegenzutreten, müssen wir auch das Neugeborene vor Infection schützen". Diese prophylaktischen Maassregeln, wozu auch die sorgfältigste Beobachtung vom 1. Tage an, Thermometrie etc. wie bei den Puerperis, gehört, sowie eine diesbezügliche Ausbildung der Mediciner sind die Postulate, die E. für eine Besserung der Verhältnisse aufstellt; und zu diesem Behufe sollte dem klinischen Unterricht über Beobachtung, Pflege und Krankheiten der Neugeborenen in allen Findelhäusern und Entbindungsanstalten ein breiteres Feld eingeräumt werden. Mit einer besseren Ausbildung der Aerzte in diesem Fach würde auch der bisherigen vielfachen Souveränität der Hebammen dem Neugeborenen gegenüber wirksam begegnet.

Th. Hase-St. Petersburg: **Ein Beitrag zur Statistik der Erkrankung an Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Recidive und Pseudorecidive.** Ibid.

Aus der vorwiegend statistischen Arbeit sei nur folgendes über die seltenen Recidive (Eintheilung nach Thomas) hervorgehoben: 1) Pseudorecidive, d. h. Fälle, wo bei anhaltendem Fieber und Vorhandensein anderer Scharlachsymptome in der 2. oder 3. Woche der Erkrankung das bereits verschwundene Exanthem wieder auftritt; es nimmt einen grossen Theil der Körperoberfläche ein, hat alle Merkmale des Scharlachexanthems und ist nicht mit einfachem Erythem zu verwechseln. Unter 1664 Scharlachfällen im Elisabeth-Kinderhospital beobachtete H. 6 Pseudorecidive; die Dauer des secundären Exanthems war 2—8 Tage. — 2) Wahre Recidive; diese treten im Reconvalescenzstadium auf, nachdem die primären Krankheitssymptome bereits verschwunden sind, die Abschuppung eingetreten oder schon vollendet ist. Zur Beobachtung kamen 16 Fälle; während die Pseudorecidive gewöhnlich gegen Ende der ersten oder Mitte der zweiten Woche der Erkrankung einsetzen, treten die wahren Recidive erst in der dritten bis sechsten Woche auf; in einem Falle traten zwischen dem primären Scharlach und dem Recidiv Varicellen auf, in einem zweiten Masern. — 3) Erneute Scharlach-Infection, selbständig und ohne Beziehung zum primären Scharlach, meist nach längerer Zeit und nachweisbarer erneuten Ansteckung.

Prof. Monti-Wien: **Ueber Veränderungen der Blutdichte bei Kindern.** Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 18, Heft 3 und 4.

Die Blutdichte — die Bestimmungen geschahen nach der Methode von Hammerschlag — ist verschieden, je nach Lebensweise, Nahrung, Körpergewicht; sie ist am höchsten beim Neugeborenen (im Mittel 1060), nimmt dann ab und bleibt vom 2. Jahre an ziemlich constant (bis zum 10. Jahre im Mittel 1052). Auch besteht ein Parallelismus zwischen Hämoglobingehalt und Blutdichte. — Steigerung der Blutdichte fand M.: bei genuinen Pneu-

monien, Sinken der Blutdichte mit Eintritt der Krise; ferner bei Intermittens und Typhus, wo sie auch mit Abfall der Temperatur sinkt; bei Pleuritis, Sinken mit Eintritt der Eiterentleerung; bei Hydrocephalus; bei Meningitis tuberculosa und bei Lungentuberculose nur wenn Fieber bestand; ferner bei angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens. Verminderung der Blutdichte: bei den verschiedensten Formen der Anämie, mit deren Besserung auch ein Steigen der Blutdichte eintritt, wodurch sie prognostisch wichtig wird. Dieselbe Bedeutung hat sie bei Nephritis, wo die Blutdichte mit Zunahme der hydropischen Erscheinungen sinkt, mit Eintritt der Diurese aber steigt; nur in Fällen mit Fieber ist die Blutdichte nicht vermindert. Verminderung findet sich ferner bei Chorea minor, wenn das Herz intact ist, vorgeschrittenen tuberculösen Processen, chronischen Darm-Katarrhen. Von Störungen des Parallelismus zwischen Blutdichte und Hämoglobingehalt fanden sich: 1) Blutd. normal, Hämogl. vermindert: bei leichter Anämie, Chlorose, Chorea mit Herzfehler, Phthise mit Fieber. 2) Bl. vermehrt, Hb. normal im Anfang fieberhafter Pneumonie, Pleuritis, etc. 3) Bl. vermehrt, Hb. vermindert bei chronischen Erkrankungen (Tuberculose, Chorea) mit starker Consumption des Körpers. 4) Bl. vermindert, Hb. normal bei acuter Nephritis mit Hydrops. 5) Bl. vermindert, Hb. sehr stark vermindert bei schweren Formen von Leukämie, perniciöser, progressiver Anämie.

A. Schmitz: **Ueber Oxyuris vermicularis bei Kindern und die Behandlung mit Naphthalin.** (Aus der medic. Kinderpoliklinik zu Bonn.) Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 39, Heft 2 und 3.

Die durch die Oxyuren hervorgerufenen Schädlichkeiten sind oft viel bedeutender als man gewöhnlich annimmt: ausser Jucken und Störung der Nachtruhe oft Proctitis, Prolapsus ani, Mastdarmfistel, Verschleppung in den Genitalapparat, Ekzeme (in einem Fall war die Epidermis mit zahllosen Eiern von Oxyuris durchsetzt), allgemeine Nervosität und andere Störungen im Nervenapparat. Entgegen der vielfach verbreiteten Ansicht, dass sich diese Entozoën nur im Mastdarm aufhalten, wird (schon von Zenker und Heller) festgestellt, „dass sich die jugendlichen Thiere und die Männchen vorzugsweise im Dünndarm, vom Jejunum an, aufhalten, die befruchteten Weibchen vorwiegend im Coecum hausen und erst später, wenn sie völlig herangewachsen sind, in den Dickdarm herabsteigen, um besonders im untersten Theil des Rectum und auch in der Umgebung des Anus ihre Eier abzusetzen.“ „Bei dieser Sachlage ist nun erklärlich, dass eine Localtherapie des Mastdarms und selbst des Dickdarms nicht, oder doch nur ausnahmsweise, zum Ziele führen kann.“ In Anbetracht der Unzulänglichkeit der bisher angewandten Mittel versuchte S. das schon früher von Ungar empfohlene Naphthalin mit bemerkenswerthem Erfolge; die Anwendung geschah folgendermaassen: Zuerst ein Abführmittel, dann 4mal täglich 1 Dosis Naphthalin bis 8 Dosen verbraucht sind (cave Fette und ölige Nahrung); dann 8tägige Pause, wieder 8 Dosen, 14tägige Pause, wieder 8 Dosen; später eventuelle Wiederholungen; Dosis: 0,15 (1½jähriges Kind) — 0,4 (12—13jähriges Kind). 46 Krankengeschichten illustriren die Resultate (jede andere Behandlung unterblieb bei den Versuchen); in 20 Fällen wurde zwar eine Besserung der Symptome erzielt, doch traten nach kürzerer oder längerer Dauer wieder Oxyuren auf; in den übrigen 26 Fällen war der Erfolg sehr gut, denn die Kinder wurden und blieben von Oxyuren frei (bei 3—4monatlicher Beobachtungsdauer). Das Naphthalin wird gut vertragen, unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, nur einmal leichte Erscheinungen von Strangurie.

Committon: **Angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum antitoxique de Roux. Albuminurie, Urémie, Arthropathies.** Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Tome XIII. Janv. 95.

Ein 12jähriges Mädchen kam als diphtherieverdächtig am 2. October 1894 in Behandlung; am 3. Beläge; am 5. eine Injection von Serum in die rechte Weiche; am 6. eine 2. Injection. Seit dem 11. Heilung. Am 16. plötzlich wieder gerufen fand C. hohes Fieber, schwersten Allgemeinzustand, ein starkes Erythem von den Injectionsstellen ausgehend, beide Kniee sehr geschwollen und schmerzhaft; im Urin sehr viel Eiweiss, intensiven Kopfschmerz, Erbrechen. Diese bedrohlichen Erscheinungen gingen unter symptomatischer Behandlung allmählich zurück und am 23. war das Kind bis auf geringe Gaumensegellähmung fast geheilt. Lichtenstein-München.

Vereins- und Congressberichte.

XXIV. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 17.—20. April 1895.

(Originalbericht von Dr. Hoffa-Würzburg.)

Der XXIV. deutsche Chirurgencongress ist am 17. April unter dem Vorsitz von Gussenbauer-Wien zusammengetreten. Die Betheiligung ist eine äusserst rege, namentlich sind auch unsere bayerischen Collegen zahlreich vertreten. Das zu bewältigende Material ist ein erdrückendes; nahezu 90 Vorträge sind angemeldet und erhält der Einzelne daher nur kurz das Wort. Die zur Verhandlung kommenden Fragen sind zum grossen Theil recht interessant und verspricht ihre ausgiebige Erörterung schöne Erfolge für die Weiterentwickelung unserer Wissenschaft.

Wir beginnen mit dem ersten Sitzungstag, den ein Vortrag des Herrn **v. Bergmann** einleitete: **Ueber einige Fortschritte im Gebiete der Hirnchirurgie.** Die Erfolge, welche die Hirnchirurgie in den letzten Jahren erzielt hat, sind ausserordentlich grosse. v. Bergmann will sich nicht weiter mit der operativen Behandlung von Hirngeschwülsten befassen. Bei denselben wurden nach den Statistiken von Chipault und Starr etwa 44 Proc. der Operirten geheilt. Unter 100 Tumoren des Gehirns sind nur etwa 6, die zugleich erkennbar und entfernbar sind. Von diesen 6 würden aber nach der Statistik nicht 3 die Operation überstehen. Unser Können in diesem Gebiete wird aber stets ein beschränktes bleiben; die Diagnose der Hirngeschwülste ist dagegen immer bestimmter und der Eingriff immer ungefährlicher geworden. Namentlich ist die Technik der Trepanation durch die Einführung der elektrischen Kreissäge sehr gefördert worden, während die Anwendung der Wagner'schen temporären Resection eines Stückes aus dem Schädeldach die Aufdeckung der Gehirnoberfläche sehr bequem gestattet.

Wie über die Hirntumoren geht der Vortragende dann auch über die Epilepsie als Object der Hirnchirurgie hinweg; auch hier sind unsere Erfolge sehr geringe. Grosse Fortschritte sind dagegen in dem dritten Hauptgebiete der Hirnchirurgie, dem der chirurgischen Behandlung von intracraniellen Eiterungen gemacht worden. v. Bergmann rechnet zu diesen die Operationen bei Hirnabscessen, epiduralen Eiterungen und infectiösen Sinusthrombosen, sowie endlich auch bei der Leptomeningitis und bespricht namentlich ausführlich die endocraniellen Eiterungen, die durch eine Eiterung im Ohre bedingt werden und die man als otitische Eiterungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter zusammengefasst hat. Auf 1000 Todesfälle kommen nicht weniger als 7 durch otitische Hirnkrankheiten verursachte und auf 1000 acute und chronische Ohreneiterungen 3—4 letale Ausgänge durch Uebergang des Eiters auf das Gehirn. Das Hauptcontingent der schweren Fälle stellen Erwachsene mit chronischen Entzündungen des Ohres, die durch Cholesteatommassen im Innern des Ohres erregt und unterhalten werden. Von grosser Bedeutung für das Fortschreiten der Eiterung vom Ohre auf den Schädelinhalt ist die namentlich durch Untersuchungen von Körner festgestellte Thatsache, dass die otitischen Erkrankungen des Gehirnes und seiner Adnexe in der Regel an der Stelle beginnen, wo die ursächliche Eiterung im Schläfenbeine bis zum Schädelinhalt vorgedrungen ist. Der Vortragende erläutert nunmehr ausführlich die anatomischen Verhältnisse, die für die Art des chirurgischen Eingriffes maassgebend sind. Eine Hauptstätte der otitischen Eiterung ist der Kuppelraum der Paukenhöhle. Von ihm kriecht die Eiterung nach zwei Richtungen hin weiter, einmal durch das Tegmen tympani, dann in das Antrum mastoideum. Der erste Weg führt zunächst zur Ostitis des Paukenhöhlendaches, dann zur Pachymeningitis, aus welcher wieder der extradurale oder epitympanische Abscess und intradurale Abscess hervorgehen. Die grosse Mehrzahl der otitischen Hirnabscesse liegt dicht oder nahe über dem Tegmen tympani.

Der chirurgische Eingriff muss stets so eingerichtet werden, dass er zunächst stets den extraduralen Herd aufsucht und von diesem aus feststellt, ob ein solcher allein vorliegt oder ob es in weiterer Entwickelung der Erkrankung bereits zur Anlage und Ausbildung eines Abscesses im Marklager des Schläfenbeines gekommen ist. v. Bergmann empfiehlt und beschreibt ausführlich als solchen chirurgischen Eingriff eine Operationsmethode, welche es gestattet, das Tegmen tympani stets sicher zu treffen. Da es sich darum handelt, dem Eiter einen freien und bleibenden Abfluss zu gestatten, darf die Knochenpforte, welche man anlegt, nicht gleich wieder geschlossen werden, man soll dieselbe vielmehr durch Entfernung eines viereckigen Knochenstückes aus der Schuppe zunächst offen lassen.

Der grösste Fortschritt, den die Hirnchirurgie der letzten Jahre gemacht hat, ist die operative Behandlung der infectiösen d. h. durch Eiterung erzeugten und mit Eiterung verbundenen Sinusthrombosen. Der Vortragende schildert ausführlich die Gefahr dieser Erkrankung und ihre operative Heilung, indem er sich vorzugsweise auf die durch Jansen mitgetheilten Fälle der Berliner Universitäts-Ohrenklinik stützt. Von 13 Eröffnungen des Sinus, die Jansen mittheilt, sind 6 geheilt worden, von 17 Operationen Mac Ewen's 13; dazu kommen noch 15 Fälle anderer Autoren mit 8 Heilungen.

Im Anschluss an den besprochenen Vortrag demonstrirt Jansen die geheilten Patienten, in der That sehr schöne Erfolge.

Herr **Graser**-Erlangen berichtet über eine **operativ behandelte Hirncyste.**

Bei dem Patienten entwickelten sich Symptome, die auf eine Raumbeschränkung innerhalb der Schädelhöhle hinwiesen und zur Operation aufforderten. Dieselbe wurde ausgeführt und eine grosse Cyste des Hirnes angetroffen. Die Cyste war völlig glattwandig. Der Erfolg war nach Entleerung der Cyste unmittelbar ein sehr guter; es trat jedoch bald ein Rückfall der alten Erscheinungen ein und der Patient erlag schliesslich seinem Leiden. Die Section ergab das schon vorher vermuthete Vorhandensein noch einer zweiten Cyste. Die Ursache der Cystenbildung war, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, eine bösartige, circumscripte, makroskopisch kaum nachweisbare Geschwulstbildung.

Herr **Ledderhose**-Strassburg bespricht einen Fall von **collateraler Lähmung bei subduralem Bluterguss.**

In Folge schwerer Misshandlungen hatte sich bei dem Betroffenen ein subduraler Bluterguss gebildet, der zu Lähmungserscheinungen auf derselben Seite führte. Ledderhose hatte die Trepanation auf der anderen Seite vorgenommen, den Bluterguss dabei aber nicht gefunden. Im Anschluss an diesen Fall citirt der Vortragende ähnliche Fälle aus der Literatur und sucht dieselben auf Grund unserer gegenwärtigen Kenntniss der Gehirnanatomie zu erklären.

Herr **Nicoladoni**-Innsbruck zeigt an einem Präparat eine recht praktische Modification der König'schen Knochenplastik am Schädel.

Herr **v. Eiselsberg**-Utrecht und Herr **Fränkel**-Wien berichten über ihre Erfolge bezüglich der Einheilung der von Fränkel empfohlenen Celluloidplatten zur Deckung von Schädelknochendefecten. Die Methode hat sich jetzt schon in vielen Fällen bewährt und ist in bestimmten Fällen indicirt, namentlich bei grossen Defecten, bei denen die König'sche Methode nicht ausführbar erscheint.

Herr **Doyen**-Reims demonstrirt einige neue Instrumente zur Trepanation des Schädels.

Herr **Czerny**-Heidelberg berichtet, dass ihn die Celluloidplatten im Ganzen im Stich gelassen haben, dass er dagegen wiederholt günstige Erfolge dadurch erzielte, dass er den Defect des Schädels durch Transplantation eines Stückes aus der Tibia desselben Individuums deckte.

(Fortsetzung folgt.)

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 8. April 1895.

Herr **F. Hirschfeld: Ueber das Coma diabeticum.**

Die Vorhersage, ob bei einem Diabetiker Coma diabeticum eintreten wird, oder nicht, ist bis jetzt eine ganz unsichere. Beobachtungen, welche Vortr. über die Acetonurie macht, scheinen nach einer Richtung die Prognose zu erleichtern. Bisher bezog man den hohen Acetongehalt des Urins auf vermehrten Eiweisszerfall im Organismus, da Acetonurie auch im Fieber, bei erschöpfenden Krankheiten und im Hunger vorkommt. Doch gelang es Vortr. in allen diesen Fällen die Acetonurie durch reichliche Kohlehydratzufuhr wieder zum Schwinden zu bringen. Beim Diabetes aber hat der Organismus die Fähigkeit, Kohlehydrate und Aceton zu verbrennen, verloren und er scheint diese Eigenschaft mehr und mehr einzubüssen, je näher die Gefahr des Coma gerückt wird. In 7 Fällen konnte Vortr. dies verfolgen, wo bisweilen kurz vor dem Tode ein Ansteigen des Acetons im Urin bis auf 4 g in 24 Stunden bemerkt wurde.

Eine bestimmte Ursache für den Ausbruch des Coma liess sich bis jetzt nicht finden, doch scheinen nach Beobachtungen des Vortr. und Anderer übergrosse Muskelanstrengungen und Unterernährung (z. B. bei strenger Fleischdiät), ferner die Narkose (Becker) und carbunculöse oder gangränöse Erkrankungen von Einfluss zu sein. Auch die Influenza scheint zuweilen zum Ausbruch eines Coma diab. Veranlassung zu geben; in letzterem Falle ist freilich die Entscheidung, ob ein Coma diabeticum oder blos eine mit Coma einhergehende schwere Influenza vorliegt, nicht immer möglich.

Was die Diagnose des Coma diabeticum angeht, so sind typische Fälle meist leicht zu erkennen. Patienten, die sich bis dahin relativ wohl gefühlt, erkranken plötzlich mit Magenbeschwerden, dazu kommt dann Kopfschmerz und Gefühl von Athemnoth. Diese Beschwerden nehmen zu und nach 2—10 Tagen erfolgt der Tod. Abortive Fälle sind sehr häufig und enden mit Genesung. Verwechslungen können vorkommen mit Salicylintoxication, Erschöpfungszuständen, Apoplexien. Differential-diagnostisch wichtig ist in solchen Fällen die Entwickelung des Krankheitsbildes, der Acetonnachweis im Urin (oder der Acetessigsäure und Oxybuttersäure).

Therapeutisch empfiehlt sich eine streng individualisirte Muskelthätigkeit, gute Ernährung (Alkohol; Kohlehydrate in mässiger, Fett in reichlicher Menge).

Gegen das schon ausgebrochene Coma sind wir ziemlich machtlos, nur die von Stadelmann empfohlenen Infusionen von Alkalien haben bis jetzt einigen Erfolg gebracht. Man könnte einen Versuch mit Glycerin machen.

Discussion: Herr Hirschberg sah im Anschluss an zwei Operationen Coma diab. auftreten, das eine Mal bei einer Staaroperation ohne Narkose mit tödtlichem Ausgang.

Herr A. Fränkel hat von Alkalien-Infusionen keinen Erfolg gesehen.

Herr Karewsky weist auf die Schwierigkeit der Diagnose Sepsis und Coma hin und hält es daher für möglich, dass in manchen Fällen von vermeintlichem Coma diab. im Anschluss an Gangränoperation eine Sepsis vorgelegen hat.

Herr Stadelmann fragt Vortragenden, ob er das Aceton für die Ursache des Comas betrachte? Was die Alkalienverabreichung betrifft, so müsse man sehr grosse Gaben verabfolgen. St. gibt bis zu 30 g Natr. bicarb. pro die und zwar prophylaktisch, am besten in der alten Potio Riveri.

Herr Hirschfeld: Dass das Aceton die Ursache des Comas sei, möchte er nicht aussprechen. Die eigentliche Ursache kenne man wohl noch nicht. Von der Potio Riveri, die er ebenfalls früher gegeben, sei er der Magenbeschwerden wegen abgekommen; er gebe desshalb jetzt das Natr. bicarb. als Pulver. H. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 9. April 1895.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Saenger stellt einen 4jährigen Knaben mit Pseudohypertrophia muscularis vor, dessen Bruder an derselben Krankheit gestorben war.

Das erste Auftreten der Erkrankung fiel mit den ersten Gehversuchen im zweiten Lebensjahre zusammen. Der Gang ist unsicher, watschelnd; es besteht die bekannte Rückenhaltung mit Lordose der Lendenwirbelsäule; die Waden- und Glutäalmusculatur ist hypervoluminös; der Latissimus dorsi ist abgemagert. Herr Saenger demonstrirt die Stellungen, welche der Knabe einnimmt, wenn er sich von der liegenden Position aufrecht erheben will. Dieselben entsprachen genau den Gowers'schen Abbildungen.

Der Knabe ist hereditär mütterlicherseits belastet. Die Prognose ist ungünstig.

Hierauf stellte Herr Saenger eine 38jährige Schuhmachersfrau vor, die anfangs Januar dieses Jahres nach 8 tägigen Schmerzen über dem rechten Augapfel innerhalb 3 Tagen unter Flimmererscheinungen erblindete.

Als Herr S. die Frau am 3. Februar untersuchte, machte sie einen sehr schwerleidenden Eindruck. Beim Gehen schwankte sie nach rechts und klagte über Schwindel und Unbesinnlichkeit. Das rechte Auge war völlig erblindet. Die Papilla optica war in toto abgeblasst. Die rechte Pupille reagirte direct nicht mehr auf Licht; wohl aber indirect. Mit dem linken Auge konnte sie wegen Flimmererscheinungen und Nebelsehen auch nicht mehr arbeiten. Das linke Gesichtsfeld war normal. Rechts hatte Patientin noch recht heftige Schmerzen in der rechten Orbita. Bei Bewegungen des Bulbus exacerbirten die Schmerzen. Patientin ist hereditär nicht belastet, hat 6 gesunde Kinder; hatte niemals einen Abort gehabt und will nie syphilitisch krank gewesen sein.

Im 1. und 2. Ast des rechten Trigeminus war eine Herabsetzung der Sensibilität für alle Qualitäten zu constatiren. Ferner war das rechtsseitige Geruchsvermögen schwächer als links. Sonst waren keinerlei Anomalien am Nervensystem zu constatiren.

Herr Saenger stellte die Diagnose auf einen ausgedehnten Process von der Basis cranii, der von der vorderen Schädelgrube, wo wahrscheinlich der rechte Olfactorius befallen war, sich nach der mittleren Schädelgrube erstreckte, wo der Opticus vor seinem Eintritt in den Canalis opticus und der 1. und 2. Ast des Trigeminus afficirt war.

Einen soliden grösseren Tumor schloss Herr S. aus, da keine Verdrängungserscheinungen und keine Symptome von gesteigertem Hirndruck zu constatiren waren. Das Chiasma war in seiner Substanz nicht zerstört, da sonst am Gesichtsfeld des gesunden linken Auges Veränderungen nachweisbar gewesen wären. Am ungezwungensten liessen sich die Erscheinungen durch die Annahme einer chron. Meningitis basilaris erklären. Da nun dieselben meist syphilitischer Natur sind, so untersuchte Herr S. die Frau mehrmals auf Lues, jedoch stets ohne positiven Erfolg. Herr S. liess nun den Mann zu sich kommen. Derselbe gab auf eindringliches Befragen an, dass er 1876 ein Ulcus, dass er später nässende Papeln ad anum gehabt habe; dass er seit 1½ Jahren an Rheumatismus in den Beinen und an Blasenschwäche leide. Herr Saenger constatirte eine Tabes auf luetischer Grundlage (Pupillendifferenz, reflectorische Lichtstarre, lancinirende Schmerzen, Blasenstörung, Abschwächung der Patellarreflexe).

Nunmehr stellte Herr S. bei der Patientin die Diagnose auf eine Meningitis basilaris gummosa, gab grosse Dosen Jod und leitete zugleich eine Schmiercur ein.

Am 12. März war die Sensibilität im 1. und 2. Ast des rechten Trigeminus normal geworden. Ebenso das rechtsseitige Geruchsvermögen. Patientin klagte nur noch über taumeliges Gefühl und Flimmern vor beiden Augen. Das Traitement mixte wurde energisch fortgesetzt.

Am 8. April stellte sich die Patientin wieder vor. Der Gang war ganz sicher. Sie fühlte sich sehr wohl; frei im Kopf; nicht mehr schwindlig. Sie hatte kein Flimmern und Nebelsehen mehr vor den Augen. Sie kann wieder nähen. Geruch und Gefühl im Gesicht in Ordnung. Nur die Erblindung des rechten Auges konnte nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Herr Saenger betont, wie wichtig es ist, in solchen Fällen so frühzeitig wie möglich eine sehr energische, gemischte antisyphilitische Cur einzuleiten.

2) Herr Nonne zeigt ein Gehirn mit grossem Erweichungsherd im Thalamus opticus. Letzterer ist bekanntlich nach Nothnagel Centrum für die mimischen Ausdrucksbewegungen. Den letzten anatomischen Beweis hiefür erbrachte Eisenlohr in einem Falle, wo eine alte Apoplectica an Anfällen von Zwangslachen litt und die Section einen Herd im Thalamus aufwies. Seither sind neue Beobachtungen nicht publicirt.

Das vorliegende Gehirn stammt von einem 54jährigen Potator, der früher eine leichte Hemiplegie gehabt hatte und zuletzt vor 2 Monaten einen geringen apoplektischen Insult erlitt. Im Anschluss hieran entwickelten sich Zwangsbewegungen der Gesichtsmuskeln und heftige Anfälle von Zwangsschreien. Vortragender diagnosticirte multiple Erweichungsherde, deren einer speciell im Thalamus sitzen könnte. Bei der Section fand sich Sklerose der Hirnarterien, multiple erbsengrosse Erweichungsherde im Marklager, in der inneren Kapsel, und ein grösserer Herd im rechten Thalamus opticus, der relativ frisch zu sein schien. (Demonstration.)

Der Befund bestätigt Nothnagel's Ansicht vollkommen.

3) Herr Mittermaier demonstrirt 3 durch Laparotomie gewonnene Präparate von Extrauterinschwangerschaft. In allen 3 Fällen war es zu spontaner Ruptur des Fruchtsacks gekommen und die Frauen boten Zeichen hochgradigster Anämie. Letztere wurde durch subcutane Infusionen grösserer Mengen Kochsalzlösung (bis zu 2 Litern) erfolgreich bekämpft. In allen Fällen erfolgte Genesung; der jüngste ist zwar erst 6 Tage alt, befindet sich aber jetzt ausser Gefahr.

II. Herr C. Lauenstein: Zur operativen Behandlung des primären Scheidencarcinoms.

Das primäre Scheidencarcinom gilt als seltene Affection. Sänger sah nur 4 Fälle unter 5000 gynäkologischen Erkrankungen. Vortragender beobachtete folgende 2 Fälle:

1) 48jährige Frau, früher gesund, klagte seit 3 Monaten über Ausfluss aus der Vagina. Bei der Untersuchung fand sich, fingerbreit oberhalb des Introitus gelegen, ein hartes, ulcerirtes Infiltrat der hinteren Scheidenwand. L. machte die Operation am 12. Juli 1888: Dammspaltung, Umschneidung der Neubildung und Ablösung derselben vom Mastdarm. Hierbei wurde der Douglas eröffnet, aber sofort wieder durch Nähte geschlossen. Die enorme Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Bei guter Granulationsbildung wurde Patient nach 6 Wochen fast völlig vernarbt entlassen. Der Tumor war ein Epithelialcarcinom. 3½ Jahre später bekam Patientin ein Recidiv an der Portio, worauf Vortragender die vaginale Totalexstirpation des Uterus ausführte. Die Heilung war in 4 Wochen beendet. Auch diese Neubildung war ein Epitheliom. Seither, also seit 3 Jahren, ist Patientin gesund und recidivfrei geblieben.

Die von Olshausen empfohlene transperineale Schnittführung hält Vortragender nicht für so rationell, als, wie er es gethan, von aussen nach innen vorzugehen. Die Furcht vor der Contactinfection mit Carcinomgewebe (Impfrecidive) hält L. für übertrieben. Dass sie vorkommen kann, hat L. selbst zweimal erlebt. Einmal sah er nach einer vaginalen Totalexstirpation ein Recidiv am Damm auftreten, was wohl durch Ueberfliessen von Krebssaft erklärt werden kann, einmal ein Recidiv in der Schnittnarbe nach einer Schuchardt'schen Operation.

2) Eine 68jährige Frau bemerkte seit Mitte 1893, dass sie Koth aus der Vagina entleerte, was sie anfangs verheimlichte. Im März 1894 fand Vortragender eine Perforation der hinteren Vaginalwand in das Rectum, von einer wallartigen harten Masse (Carcinom) umgrenzt. L. legte zuerst einen künstlichen After in der linken Leiste an, wozu er die Flexur benutzte. Das abführende Ende wurde verschlossen und versenkt. Darauf folgte Exstirpation des ganzen Septum recto-vaginale, wobei der Douglas vorübergehend wieder eröffnet wurde. Trotz der colossalen Wunde erfolgte ungestörte Reconvalescenz; nach 5 Wochen wurde Patintin geheilt entlassen und ist bis jetzt, 1 Jahr lang, ohne Recidiv.

In diesem Falle konnte es fraglich sein, ob das Carcinom von der Vagina oder dem Rectum ausgegangen war? Ersteres ist wahrscheinlicher, da Mastdarmcarcinome sich anders auszubreiten pflegen. Die vom Vortragenden eingeschlagene Technik hat v. Eiselsberg in einem Falle schon vor Jahren geübt, jedoch ohne Anlegung eines künstlichen Afters. L. hält diese im Interesse der Wundheilung für sehr wichtig.

Die Prognose des primären Scheidencarcinoms ist bei rechtzeitiger Operation nicht so ungünstig, als gewöhnlich angegeben wird. Die gegentheiligen Erfahrungen beruhen meistens auf zu später Erkenntniss des Uebels.

Discussion. Herr Wiesinger widerspricht letzterem Satze. Die Malignität der Affection wird bedingt durch das häufige gleichzeitige Befallensein der Parametrien; dann ist jede Operation zu spät. Die Gefahren der Impfrecidive durch Contactinfection unterschätze Vorredner; nach Winter's Vortrag (auf dem 5. Gynäkologencongress) sei dieselbe allgemein anerkannt.

Die von Herrn Lauenstein angezogenen Operationsmethoden Olshausen's, Dührssen's und Dohrn's eignen sich mehr für Carcinome des unteren und mittleren Theils der Vagina, weniger für die höher oben sitzenden. Beim Uebergreifen des Tumors auf die Portio empfehlen sich die sacralen Methoden am meisten. Jaffé.

Leipziger medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Januar 1895.

Herr **Kollmann** stellte einen Kranken vor, den er früher wegen **Syphilis** mit Einspritzungen von Hammelblutserum behandelt hat.

„Der Patient steht insofern in einer gewissen Beziehung zu dem Thema des heutigen Abends, als es sich hier ebenfalls um Serumtherapie handelt. Er ist einer jener Lues-Kranken, denen ich im Frühjahre 1893 Hammelblutserum injicirte. Ich habe über meine Versuche, Lues mit Injection von Thierblutserum zu heilen, bereits im November 1893 vor dieser Gesellschaft Bericht erstattet. Wie ich schon damals ausführte, hat meine Nachprüfung der von Tommasoli so enthusiastisch gepriesenen Methode (die übrigens schon ein Jahr vor Tommasoli's ersten Versuchen von mir selbst angewandt, aber wieder aufgegeben worden war) zu einem negativen Ergebnisse geführt. Einer der Fälle, die dies am besten zu illustriren vermögen,

ist der Kranke, den ich den Herren hier zeige. Nachdem der junge Mann zuvor schon mehrere specifische Curen durchgemacht hatte, begann ich bei ihm die Serumtherapie Ende März 1893; er erhielt im Ganzen 91,5 ccm Hammelblutserum subcutan, ohne dass sich die objectiven luetischen Symptome (lupöses und ulceröses Syphilid der Haut, Plaques und Geschwüre im Rachen und an den Tonsillen) irgendwie besserten. Diese nahmen im Gegentheile immer mehr zu. Wichtig zu bemerken ist, dass das von Tommasoli angewandte Gesammtmaximum noch unterhalb von 90 ccm liegt. Die zahlreichen Hautnarben, die man heute sieht, gehören theils zu Geschwüren, die schon vor Beginn der Serumtherapie vorhanden waren, theils aber zu solchen, die erst während oder nach Beendigung dieser entstanden. Die Hautgeschwüre vergrösserten sich im Laufe der ersten Monate nach Schluss der Injectionen ganz bedeutend, obwohl sofort mit Quecksilbertherapie (wegen äusserer Gründe zunächst in Form von Sublimatpillen) begonnen wurde. Zwei dieser Geschwüre erreichten sogar allmählich die Grösse eines Handtellers. Ihre Heilung erfolgte sehr langsam unter Anwendung von Jodkalium und später unter Schmiercur. Ganz verschwunden waren die Hautgeschwüre einmal Ende Mai 1894, aber im Juli 1894 erschienen sie bereits von Neuem. Inzwischen hatte der Patient auch mit einer ganzen Reihe von anderen Affectionen zu thun gehabt, z. B. bedeutender Anschwellung des einen Hodens, die nach aussen ulcerös durchbrach, mit periostischen schmerzhaften Auftreibungen der Knochen u. s. w., kurz er bot ein trauriges Bild von schwerer Lues. Dieses galt nicht zum wenigsten auch von seinem Allgemeinzustand. Wenn sich letzterer, hauptsächlich seit Beginn einer streng geregelten Ernährungsweise nun auch bedeutend gebessert hat, so ist doch die Lues auch heutigen Tages nicht erloschen, obgleich fast ohne Pause Quecksilber und Jodkalium angewandt wurden. Die eigentlichen Hautgeschwüre sind zwar gegenwärtig seit einiger Zeit wieder einmal vollständig geheilt, dafür zeigt sich aber an der Innenseite des linken Fussgelenkes ein tiefes Geschwür mit blossliegendem, rauhem Knochen. Diese Affection begann bereits im November 1893 in Gestalt einer schmerzhaften Auftreibung und schwankte dann lange Zeit zwischen Besserung und Verschlechterung hin und her. Im August 1894 fühlte man eine deutliche Fluctuation, Anfang December 1894 war der Durchbruch nach aussen markstückgross erfolgt. Ein ferneres sicheres Zeichen noch vorhandener Lues besteht ausserdem noch in einem Geschwür, das gegenwärtig die rechte Hälfte der hinteren Rachenwand bedeckt.

Ich meine, man wird mir zustimmen, wenn ich im Angesicht derartiger Fälle meine Bedenken gegen die bisher geübte Serumtherapie bei Lues auch heutigen Tages noch aufrecht erhalte."

Herr A. Kollmann sprach weiter über die Albuminurie und Exantheme, die nach Injectionen von **Diphtherie-Heilserum** beobachtet wurden. Die gleichen Erscheinungen hat er bei subcutanen Injectionen von normalem Hammelblutserum beim erwachsenen Menschen gesehen. Seine letzten, aus dem Frühjahre 1893 stammenden Versuche, die er zur Nachprüfung der Tommasoli'schen Veröffentlichungen über Blutserumtherapie bei Lues unternahm, umfassen ein Material von 18 Syphilitischen und 5 Gesunden. Bei zwei von den syphilitisch Erkrankten sah er nach den Injectionen hier und da Albumen im Harn auftreten, und zwar ohne Beimischung von Blut. Gar nicht selten beobachtete Kollmann auch einige Tage nach der Injection das Auftreten von Quaddeln und Erythemen, die sich zuweilen fast über den ganzen Körper ausbreiteten, und zwar ebenso bei den gesunden, als bei den luetisch erkrankten Leuten. Einmal zeigte das Exanthem auch fast genau den Charakter eines Scharlach, jedoch ohne nachfolgende Abschuppung, in Analogie zu einer von Herrn Soltmann mitgetheilten, das Diphtherieheilserum betreffenden Erfahrung. Kollmann überzeugte sich davon, dass die Heftigkeit dieser Exantheme nicht etwa direct von der Menge des verspritzten Serum abzuhängen braucht; hier ergaben sich vielmehr grosse individuelle Unterschiede. In einem Falle (keine Lues), wo er 20 ccm auf einmal injicirte, blieben diese Hauterscheinungen vollständig aus, sie erschienen hingegen öfters bei anderen Individuen, wo nur die Hälfte der obigen Menge und noch weniger verbraucht worden war. Kollmann möchte nach seinen Erfahrungen das Auftreten der Exantheme bei Anwendung von Diphtherieheilserum auf die gleichen Ursachen zurückführen, wie die sind, die bei Anwendung von normalem, nicht vorbehandeltem Thierserum wirken. Nicht die im Diphtherieheilserum enthaltenen Antitoxine u. s. w. erzeugen diese Erscheinungen, sondern ihre Ursache ist einfach in dem Thierblutserum als solchem selbst zu suchen. Das injicirte Thierblutserum wirkt in diesem Falle gerade so, wie es gewisse chemische Körper, durch den Mund einverleibt, bei der Erzeugung der sogenannten Arzneiexantheme thun. Kollmann schlägt für die beim Menschen nach Injection von Thierblutserum entstehenden polymorphen Exantheme ganz im Allgemeinen den Namen Serumexantheme vor.

(Schmidt's Jahrb.)

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

VI. Sitzung vom 9. März 1895.

1) Herr v. Kölliker: **Kritik der Hypothesen von Rabl-Rückhard und Duval über amöboide Bewegungen der Neurodendren.**

Nach einer kritischen Besprechung der Hypothesen von Rabl-Rückhard und Duval erscheint Herrn v. Kölliker als wahrscheinlichste Gesammtanschauung über die Functionen der einzelnen Elemente des Nervensystems folgende: Die wesentlichsten Factoren der geistigen Thätigkeiten für das Empfinden, das Bewusstsein, Wollen, das Gedächtniss, das Denken sind die Nervenzellen, doch sind dieselben hierbei als ganze Neurodendren mit allen ihren Ausläufern betheiligt. Dieselben werden von aussen centripetal erregt, wirken mannigfach durch ihre Ausläufer auf einander ein und wiederum centrifugal auf motorische, sensible oder psychische Zellenelemente. Bei allen diesen Vorgängen werden bald einfachere, bald complicirtere Bahnen benutzt und sind hierbei die mannigfachsten Complicationen und Steigerungen möglich. Im einfachsten Falle werden nur die directesten Wege benutzt, während andere Male alle möglichen Collateralen und Nebenleitungen in Function treten. (Einfache bewusste Empfindung und willkürliche Bewegung einerseits, Reflexe aller Art andererseits.) In dieser Beziehung wird eine grössere oder geringere geistige Anstrengung, eine mehr oder weniger durchgeführte Uebung, mit anderen Worten der Grad der Gymnastik des Geistes, den der Einzelne sich aneignet und beherrscht, von der grössten Bedeutung sein und in gewissen Fällen ungeahnte Combinationen und die reichsten Associationen bewirken und alles Gewöhnliche und Alltägliche weit hinter sich lassen.

Von diesem Standpunkte aus erscheint auch ein von Ramón aufgeworfener Gedanke aller Beachtung werth, ob nicht durch Uebung und Anstrengung auch beim Erwachsenen im Gehirn neue Verbindungen entstehen und die Endigungen der Neurodendren überhaupt dauernd sich zu verlängern und weiter auszubreiten im Stande sind. Wenn man erwägt, dass die Neurodendren mit ihren Dendriten und Axonen während der Entwicklung des Nervensystems auch in der nachembryonalen Zeit leicht nachweisbar in langsam fortschreitender Entwicklung begriffen sind, und ferner bedenkt, dass es in hohem Grade wahrscheinlich ist, dass je nach dem Grade der geistigen Entwicklung des Einzelindividuums auch die Ausbildung seiner Nervenelemente anatomisch eine höhere oder niederere Stufe erreicht, so liegt der Schluss sicherlich nahe, dass auch beim Erwachsenen Weiterbildungen der angedeuteten Art möglich sind. Das wäre ein Wandel, ein Amöboismus, der sich hören liesse und bei dem selbst eine negative Phase der Rückbildung nicht als unmöglich erschiene, wie eine solche unzweifelhaft nicht nur im Alter sich vorfindet, sondern auch mit grosser Wahrscheinlichkeit bei Geisteskranken auftritt.

2) Herr Gürber: **Ueber den Einfluss der Kohlensäure auf die Vertheilung von Basen und Säuren zwischen Blutkörperchen und Serum.**

Beim Sättigen des Blutes mit Kohlensäure nimmt die Alkalescenz des Serums, wie vor vielen Jahren schon Zuntz beobachtet hat, um mehr als das Doppelte zu. Diese Alkalescenzzunahme ist aber nicht, wie Zuntz glaubt, durch einen Uebergang von titrirbarem Alkali aus den Blutkörperchen in das Serum bedingt, sondern kommt dadurch zu Stande, dass:

1) unter dem Einfluss der Kohlensäure das Serum durch Abgabe von Wasser an die Blutkörperchen concentrirter wird;

2) die Kohlensäure an Eiweiss gebundenes titrirbares Alkali abspaltet und

3) was die Hauptsache ist, durch Massenwirkung der Kohlensäure aus Kochsalz Natriumcarbonat entsteht, wobei die freigemachte Salzsäure in die Blutkörperchen übergeht.

Hoffa.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 20. April 1895.

Zahnärzte und Zahntechniker. — Apotheker und Nichtärzte. — Die Wiener und die Budapester Universität. — Die Controle der Marktmilch. — Thyroidin gegen Fettsucht.

Eine öffentlich wiederholt ventilirte Frage, das Verhältniss der Zahntechniker zu den Zahnärzten, bildete letzthin den Gegenstand der Berathung im niederösterreichischen Landessanitätsrathe. Dem officiellen Berichte zufolge sprach sich diese consultative Instanz für die Abstellung des Missbrauches aus, dass es jedem Zahntechniker möglich sei, durch Namhaftmachung eines ärztlichen Strohmannes sich der gewerbe- und sanitätspolizeilichen Ueberwachung zu entziehen und die zahnärztliche Praxis uneingeschränkt auszuüben. Die Vornahme von zahnärztlichen Operationen in den Betrieben der Zahntechniker solle bedingungslos verboten werden.

Erst jüngst (No. 12 der Münchener medic. Wochenschrift) habe ich bei Besprechung der Laienmassage auf diese ungesunden Zustände hingewiesen und dabei betont, dass den Zahntechnikern in ihrem Gewerbescheine etwas gestattet wird, was sie niemals thun, nämlich: künstliche Zähne erzeugen, und dass ihnen ausdrücklich alles verboten wird, was sie thatsächlich, unter den Augen der Behörden, tagtäglich üben, nämlich: im Munde eines Zahnleidenden operiren. Wenn ich damals schrieb: „An den Aerzten selbst liegt es, die Laienmassage ganz zu beseitigen, resp. sie so einzudämmen, dass wirklich Kranke nur von Aerzten massirt werden“ etc. — so kann ich heute, mutatis mutandis, wieder sagen, dass auch diese Concurrenz von Nichtärzten unmöglich wäre, wenn eben die — Aerzte selbst mehr Standesgefühl hätten und allemal selbständig die zahnärztliche Praxis ausüben würden. Der „ärztliche Strohmann“ spielt gewiss eine viel traurigere Rolle als der im Zahnziehen, Plombiren und Anfertigen künstlicher Gebisse zumeist sehr gewandte Nichtarzt (Zahntechniker). Das geht soweit, dass selbst sogenannte wirkliche Zahnärzte, wenn es gilt, eine schwierigere Zahnextraction auszuführen, nicht selten aus dem „Atelier“ ihren „Assistenten“ (Zahntechniker) herbeiholen, damit dieser operire, den kranken Zahn extrahire, einen Abguss zur Anfertigung eines Zahnersatzstückes anfertige und dergl. mehr. Und wenn der Herr Doctor auf Wochen verreist, so übergibt er getrost demselben „Assistenten“ seine gesammte Clientèle und entfremdet sich dieselbe noch mehr. Soll man sich dann wundern, wenn die Zahntechniker auch selbständig arbeiten und uneingeschränkt die zahnärztliche Praxis ausüben? Gewiss nicht. — Da wie dort liegt also die Remedur nicht in polizeilichen Erlässen, sondern im Vorgehen der Aerzte selbst, die ihre Kranken nicht Laien zur Behandlung übergeben sollen.

In dasselbe Capitel gehört auch ein jüngst publicirter Erlass des k. k. Ministeriums des Innern, demzufolge Apotheker von Nichtärzten (Curpfuscher) verschriebene Arzneibereitungen nicht verabfolgen dürfen. Selbstverständlich handelt es sich um solche Medicamente, hinsichtlich deren Abgabe nicht ohnehin schon beschränkende Bestimmungen seitens der österreichischen Pharmakopoe bestehen. In einer Stadt hatte ein bekannter Curpfuscher zu bestimmten Terminen Ordinationen für Kranke abgehalten und waren die von demselben bald in deutscher, bald in lateinischer (!) Sprache verschriebenen Arzneien in einer Apotheke angefertigt und verabfolgt worden. Die Bezirkshauptmannschaft untersagte dem Apotheker dieses unstatthafte Vorgehen, worauf dieser an die Statthalterei und sodann an das Ministerium recurrirte. Das Ministerium gab, wie Eingangs erwähnt, dem Recurse keine Folge, „weil die Verfertigung von Arzneibereitungen auf Grund von ärztlichen Vorschriften, welche von hiezu nicht berechtigten Personen herrühren, den Apothekern grundsätzlich und allgemein untersagt ist und hiedurch die Befugnisse des Handverkaufs nicht berührt werden, da als Handverkauf nur der Vertrieb zulässiger Arzneiwaaren an Parteien ohne jedwede Arzneiverschreibung anzusehen ist, welch' letztere den Aerzten ausschliesslich vorbehalten wurde.“ — Der Herr Apotheker mag das Alles selbst gewusst haben, es fehlte ihm bloss das bischen Ehrgefühl, welches ihn unbedingt auf dem richtigen Wege hätte halten sollen.

Während die Wiener medicinische Facultät thatsächlich seit Jahren mit Hörern überfüllt ist — im abgelaufenen Wintersemester 1894/95 war dieselbe von 3207 Hörern (von 1881 ordentlichen und 1326 ausserordentlichen) frequentirt —, so dass an fast allen Kliniken, Laboratorien und Instituten ein Raummangel besteht, der sogar ein gedeihliches Studium der Masse unmöglich macht, kann das Gleiche nicht von Budapest gesagt werden. Der fünfte bis vierte Theil unserer Mediciner (zeitweilig sogar die Hälfte) gehört den Ländern der ungarischen Krone an, was die Leiter der Geschicke Ungarns nur sehr ungerne sehen. Man will in Ungarn eine dritte Landes-Universität errichten und verlangt, dass die Landeskinder zu Hause bleiben, da sie in der Fremde angeblich auch ihren nationalen Charakter verlieren. Um ihrem Wunsche einen praktischen Hintergrund zu verleihen, haben die ungarischen Minister im Vorjahre decretirt, dass die in Wien absolvirten Mediciner künftighin nicht mehr zu den Prüfungen eines Physicus zugelassen würden. Ohne Physicus-Prüfung gibt es aber auch in Ungarn keine Staatsanstellung u. dergl., Grund genug, in Budapest oder in Klausenburg den medicinischen Studien nachzugehen.

In der Vorwoche hielten die Wiener Mediciner ungarischer Nationalität diesbezüglich längere Berathungen ab und sodann begab sich eine Deputation von in Wien lebenden ungarischen Aerzten und von ungarischen Medicinern zum Minister des Innern nach Budapest, um ihn zu bitten, dieser vorjährige Erlass möge nicht rückwirkende Kraft haben, d. h. sich nicht auf solche Aerzte resp. Mediciner beziehen, welche zur Zeit bereits ihr Diplom in der Tasche hatten resp. bereits in Wien an der Facultät inscribirt waren. Der ungarische Minister machte naturgemäss keine bindende Zusage, er sagte, er wolle diesbezüglich seinen Fachrath befragen.

Für die Hörer der Wiener medicinischen Facultät wäre es wahrlich kein Unglück, wenn noch eine grössere Anzahl von „Ausländern“ anderwärts studiren würde, wenigstens für so lange Zeit, als die den Medicinern zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten so beengt und hygienisch so schlecht beschaffen sind, als es derzeit der Fall ist. Die Facultät wird dann wohl auch weniger, dafür aber tüchtigere und gesündere Aerzte in die Welt schicken.

Unser Stadtphysicus Regierungsrath Dr. E. Kammerer hat jüngst seine Vorschläge zur Regelung der sanitäts- und marktpolizeilichen Controle der Marktmilch in Wien veröffentlicht. Er präcisirt seine Anforderungen vom hygienischen Standpunkte im Folgenden: 1. Controle der Milchwirthschaften fremder Gemeinden, aus welchen eine Ausfuhr von Milch statthat, in ärztlicher, thierärztlicher und allgemein hygienischer Beziehung; aus Wirthschaften, in welchen epidemische Krankheiten herrschen, oder wenn in dem Hause, woselbst sich der Stall befindet, ein Fall einer übertragbaren Krankheit vorgekommen, soll von der Ortspolizei die Milchausfuhr verboten werden; Beaufsichtigung der Fütterung und der Weideplätze der Kühe. 2. Der Marktbeamte (Laie) hat die Milch bloss zu controliren und ihm verdächtige Waare der chemischen Untersuchung zuzuweisen. 3. Er darf die Milch (vorläufig) confisciren, wenn Geruch, Geschmack, Farbe, Consistenz etc. derselben ihm abnorm erscheinen, wenn ihn die Diphenylaminreaction gelehrt hat, dass die Milch mit salpetersäurehaltigem Wasser versetzt ist. 4. Der Lactodensimeter, den der Marktbeamte handhabt, constatirt bloss den Werth der Marktwaare als solcher. Punkt 5—13 beziehen sich auf die Bestimmung der marktfähigen Milch- und Rahmsorten, Ausschliessung von conservirenden Zusätzen (auch Soda bicarb.), Ausarbeitung einer Instruction für Marktbeamte, Untersuchung durch den sachverständigen Chemiker, Vornahme systematischer, bacterieller Untersuchung der Marktmilch, Bestimmungen in Bezug auf Geschirre und Verkaufsstellen, Zufuhr in geschlossenen Behältern etc. Bacteriologische Untersuchungen

für die Marktmilch — sagt Dr. Kammerer — lassen sich derzeit nicht feststellen; es könnte jedoch den grösseren Milchwirthschaften aufgetragen werden, die Milchschmutzbestandtheile und damit wohl auch einen Theil der Bacterien durch Centrifugiren zu beseitigen und zu empfehlen, die für den baldigen Consum bestimmte Milch (nicht als Dauermilch) in einem, wenn auch nicht absolut, so doch theilweise sterilisirten Zustande (Pasteurisiren, Erwärmen bei 100°) ohne Aenderung der physicalischen Eigenschaften abzugeben. — Weitere Punkte beziehen sich auf den lediglichen Genuss von Milch im gekochten Zustande und auf die Abgabe von sterilisirter Milch an Säuglinge.

Unser Herrenhaus beräth derzeit ein Gesetz für Nahrungsmittel und da ist auch für die Errichtung eigener staatlicher Untersuchungsanstalten vorgesorgt. Bei dem Inslebentreten dieses Gesetzes ist auch eine endgültige Regelung dieser Controle der Marktmilch zu erwarten.

Die praktischen Aerzte Wiens machen jetzt vielfach Versuche mit Thyroidin-Tabletten gegen Fettsucht. Man benützt hiezu vornehmlich englische und amerikanische Präparate, welche gleiche Zusammensetzung haben sollen. Der Verordnung nach gibt man 1—3 Tabletten täglich, doch steigen einzelne Aerzte zur Verabfolgung von 5 und mehr Tabletten täglich. Von zwei Versuchsfällen meiner eigenen Praxis zeigte sich in einem Falle eine befriedigende Abnahme des Körpergewichtes — mehr als 3 Kilo in ca. 3 Wochen bei Einnahme von 1—3 Tabletten täglich. Andere Aerzte wollen eine rapide Gewichtsabnahme (bis zu 8 Kilo in 3—4 Wochen) beobachtet haben. Immerhin wäre Vorsicht anzurathen, da das Herz solcher Leute zuweilen beängstigende Erscheinungen bietet; wie mir ein tüchtiger College sagte, geräth es in undulirende Bewegungen, was dem Patienten sehr unangenehm ist. Das Herz beruhigt sich sofort, wenn das Mittel für einige Tage ausgesetzt wird. Man gebe also das Mittel bloss solchen Leuten, die man genügend oft controliren kann.

Wissenschaftlicher Jahresbericht der Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik vom Jahre 1894.

(Schluss.)

Sitzung vom 5. Juli 1894.

Herr **Heinlein** stellt einen 44jährigen Mann vor, bei welchem er die Totalexstirpation eines faustgrossen aneurysmatischen Sackes der Arteria poplitea mit Erfolg bethätigt hatte. Das Aneurysma war in seiner Entstehung auf ein vor 13 Jahren erlittenes Trauma zurückzuführen. Die Functionstüchtigkeit der Extremität ist abgesehen von einer sehr geringen Behinderung der Streckung des Unterschenkels eine vollkommene.

Ferner demonstrirt er einen hämorrhagischen Infarct des linken Ventrikels bei einem an Diabetes mellitus verstorbenen 60jährigen Mann.

Herr **Barabo** berichtet über einen mittelschweren Fall von Scarlatina bei einem 2jährigen Mädchen, complicirt mit leichter Mandeldiphtheritis, bei welchem die anfänglich geringe submaxillare Drüsenschwellung sich alsbald beiderseits zu Faustgrösse entwickelten. Diese Infiltration führte beiderseits zu ausgebreiteter Phlegmone mit enormer Gangrän (Kehlkopf und Halsgefässe lagen völlig frei im Abscess) und wiederholt auftretenden Blutungen, Erscheinungen, welche wohl bei septischer Diphtheritis, seltener aber bei Scharlach zur Beobachtung gelangen. Der Tod trat nach 21 Tagen in Folge von Herzparalyse ein.

Herr **Frankenburger** schliesst den Bericht eines Falles an, in welchem bei einem 21jährigen Arbeiter sich ein stark comatöser Zustand entwickelt hatte, ohne dass anfangs irgend eine Diagnose gestellt werden konnte. Erst kurz vor dem Tode bildeten sich in der ganzen Mundhöhle diphtheritische Membranen aus.

Herr **Görl** spricht über multiple Harnröhrenpapillome, die er bei einem Patienten entfernt hat. Ursache zur Bildung derselben war eine vor einem Jahre überstandene Gonorrhoe.

Sitzung vom 19. September 1894.

Herr **Riegel** stellt eine 31jährige Arbeiterin mit dem ausgeprägten Bild der Encephalopathia saturnina vor, entstanden durch Anstreichen von Bleistiften mit bleihaltigen Farben.

Herr **Frankenburger** berichtet über einen Fall von Kopferysipel, welches sich im Anschluss an eine Otitis media mit Perforation des Trommelfelles entwickelt hatte.

Ferner spricht er über einen Fall gleichzeitigen Auftretens von Erysipel und Scharlach. Ersteres war bei dem 11jährigen Knaben von einem Abscess der Stirn ausgegangen und verbreitete sich über Wange und Nase. Gleichzeitig zeigte sich ein Scharlachexanthem am ganzen Körper, begleitet von Angina und Himbeerzunge. Späterhin trat leichte allgemeine Abschuppung ein. Im Abscesseiter und Blut waren Streptococcen. Der Knabe, welcher unter schweren Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber in Behandlung gekommen war, zeigte schon am 2. Tag Euphorie und niedrige Temperatur, am 4. Tag war er fieberlos und alle Krankheitserscheinungen verschwunden.

Sitzung vom 4. October 1894.

Herr **Flatau** referirt eingehend über: Die Gynäkologie des Soranus.

Herr **Barabo** spricht über eine Arsenikvergiftung. Ein 20jähriger Kaufmann hatte in selbstmörderischer Absicht einen Esslöffel voll Arsenik genommen. 4 Stunden später erste Magenausspülung, grosse Gaben von Antidotum Arsenici. Ausgang in Heilung.

Ferner stellt er einen Fabrikarbeiter vor, welcher sich beim Hämmern durch Muskelzug ein Knorpelstückchen am linken untern Rippenbogen abgesprengt und ein wallnussgrosses Hämatom im Musc. rest. abdom. nahe seiner Insertionsstelle zugezogen hatte.

Sitzung am 18. October 1894.

Herr **Riegel** berichtet über einen Fall von doppelseitiger Lähmung des Nervus cruralis, als dessen einzige Ursache die gichtische Diathese des 63jährigen Patienten (Privatier) bezeichnet werden muss. Harn frei von Zucker und Eiweiss; keine Intoxication mit Alkohol oder sonstigen Giften; keine Tuberculose; keine Lues (Pupillarreaction ganz normal). Zuerst erkrankte der rechte Cruralis unter lebhaften neuralgischen Schmerzen, 8 Wochen später der linke. Im Beginn der Erkrankung waren beide Crurales auf Druck in der Inguinalgegend sehr empfindlich. Schliesslich waren beide Beine functionsunfähig, es bestand hochgradige Atrophie im Gebiet des M. quadriceps cruris und Entartungsreaction. Der Ileopsoas war beiderseits nicht afficirt (die Beine konnten gestreckt nicht gehoben, aber in der Hüfte gebeugt werden). Die Kniephänomene waren bald gänzlich aufgehoben, die Plantarreflexe stets sehr lebhaft, ferner wurden lebhafte fasciculäre Zuckungen in der betroffenen Oberschenkelmusculatur beobachtet. Die Sensibilität war beiderseits niemals gestört; es bestanden aber starke schmerzhafte Parästhesien im Verlaufe des N. cruralis und seiner Hautäste, besonders des Saphenus major. Oefters wurden vorübergehende ödematöse Anschwellungen der Fussgelenke und des Fussrückens beobachtet. Nach 5monatlicher Erkrankung besserte sich zuerst das rechte Bein, dann folgte das linke. Patient kann jetzt (nach 10monatlicher Krankheit) wieder im Zimmer auf- und abgehen. Muskelatrophie fast ganz verschwunden; Kniephänomene fehlen noch.

Herr **Riegel** berichtet ferner über einen merkwürdigen Fall von acuter Cyclitis ohne jegliche Exsudatbildung bei einem 40jährigen Schlossermeister. Auch der weitere Verlauf, der 4 Wochen in Anspruch nahm, liess keinerlei Trübung des Glaskörpers oder entzündliche Betheiligung der Iris wahrnehmen. Die Schmerzen wurden anfangs durch Kataplasmen und Phenacetin gelindert, in der Folge durch Ansetzen von 4 Blutegeln an die linke Schläfe wirksam bekämpft. Ausgang in Heilung. S = 1.

Herr **J. Merkel** berichtet über einen 77jährigen Kranken, bei welchem er die Poncet'sche Operation mit völligem Erfolg ausgeführt hat. Die Indication zur Operation war durch eine Prostatahypertrophie gegeben, welche Ischurie erzeugt hatte und den Katheterismus nicht gestattete.

Herr **Helbing** berichtet über einen Fall von gonorrhoischer Entzündung des Cricoarytänoidalgelenkes mit gleichzeitiger Entzündung des Tarsometatarsalgelenkes.

Ferner stellt er eine Patientin vor, welcher ein Tumor der Nasenscheidewand mit der Galvanokauterschlinge entfernt worden war. Derselbe erwies sich bei der histologischen Untersuchung als Sarkom. Zur Beseitigung des Stumpfes war Kauterisation vergeblich angewendet worden. Dagegen trat nach Anwendung der Elektrolyse Heilung ein.

Sitzung vom 1. November 1894.

Herr **Helbing** demonstrirt an einem Fall die günstige Wirkung der Trephine zur Herstellung eines zur Athmung genügenden Raumes bei hochgradiger Septumdeviation.

Herr **Barabo** berichtet über einen Fall von Eklampsie bei einer 22jährigen Primipara, bei welcher die Geburt eines lebenden Kindes nach dem dritten Anfall spontan erfolgte, während die Frau in tiefem Sopor lag. Behandlung mit hohen Morphiumdosen. Ausgang in Heilung. Im Anschluss daran bespricht derselbe die therapeutischen Maassnahmen bei Eklampsie.

Weiter trägt derselbe vor über einen für Mutter und Kind glücklich verlaufenen, mit Querlage des Kindes complicirten Fall von Placenta praevia.

Ferner berichtet derselbe über einen Fall von partieller circulärer Abreissung der Portio bei einer Erstgebärenden mit mässig verengtem Becken. Der Verlauf des Wochenbettes war mit Phlebitis der V. crural. dextr. und rechtsseitiger Pleuritis complicirt. Heilung.

Sitzung vom 15. November 1894.

Herr **Flatau** berichtet über einen Fall von Osteomalacie, der durch Oophorectomie geheilt ist. Die Kranke, die 1½ Jahr lang wegen Schwäche und starker Schmerzen das Bett nicht hat verlassen können, geht jetzt mit Hilfe eines Stockes ¼ Jahr nach der Operation. (Demonstration.)

Herr Flatau zeigt ein Deciduom, das sich bei einer Frau fand die wegen starker Blutungen vorher 2 mal vergeblich ausgekratzt worden war. Der Fall wird anderweitig in extenso veröffentlicht.

Ferner demonstrirt Herr Flatau einen exstirpirten Uterus mit Portiocarcinom. Patientin, bei der gegen die Scheide zu drainirt worden war, bekam post operationem einen Ileus, der durch Laparotomie von Herrn Heinlein glücklich behoben wurde.

Herr **Heinlein** erstattet ein umfassendes Referat über: Heim, Lehrbuch der Bakteriologie, erste Hälfte.

Sitzung vom 22. November 1894.

Herr **Heinlein** stellt einen 33jährigen Lehrer vor, bei welchem sich an beiden Vorderarmen, an den Lenden und beiden Gesässhälften symmetrische Lipombildung bis zur Grösse eines Hühnereies vorfindet. Die Geschwülste haben sich im Verlauf von 7 Jahren gebildet. Zunächst war ausschliesslich der rechte Vorderarm befallen. Erst im 4. Jahr wurde der rechte Vorderarm, dann Lenden und Gesäss ergriffen. An letzterer Körperstelle erstreckt sich die Symmetrie auch auf die Grössen- und Distanzverhältnisse der Geschwülste von einander. Anhaltspunkte für die Annahme des Vorhandenseins einer centralen nervös-trophischen Störung bestehen bei dem Patienten nicht, wie derselbe auch niemals an Rheuma oder einer Neuropathie gelitten hat. Auch in der Ascendenz sind solche Störungen nicht beobachtet worden.

Ferner führt Herr Heinlein einen 49jährigen Handelsmann vor, bei welchem wegen impermeabeln Speiseröhrencarcinoms vor 5 Wochen die Gastrostomie nach Witzel's Methode mit bestem Erfolg vorgenommen worden war. Die verschiedenen für die Anlegung einer Magenfistel empfohlenen Verfahren werden kritisch besprochen unter besonderer Berücksichtigung der Methoden von v. Hacker und Eugen Hahn. Das günstige Resultat in dem vorgeführten Fall, an welchem keine Spur von Insufficienz des Magenfistelverschlusses bis jetzt manifest geworden ist, dürfte dazu berechtigen in jedem Fall von Gastrostomie dem Verfahren von Witzel den Vorzug vor den übrigen Methoden zu geben.

Herr Heinlein demonstrirt endlich das durch Exarticulation im Hüftgelenk gewonnene, durchschnittene Präparat eines riesigen, über mannskopfgrossen Sarkoms des rechten Femur, welches sich bei einem 38jährigen Säger in dem Callus einer mit Extremitätenfunctionstüchtigkeit geheilten Oberschenkeldiaphysenfractur 7 Monate nach der Unfallverletzung entwickelt hatte. Die Neubildung hatte den Callus wieder zu völliger Schmelzung gebracht. In Folge thrombotischen Verschlusses der Vena poplitea war die Extremität stark ödematös geworden. Da die Neubildung aufwärts nahezu die Commissura femoro scrotalis erreichte, musste ohne künstliche Blutleere die Exarticulation unter Bildung eines vorderen und hinteren Lappens präparando vorgenommen werden, so dass jedes Gefäss vor dem Durchtrennen doppelt gefasst und doppelt ligirt wurde. Es gelang so die Absetzung mit sehr geringem Blutverlust innerhalb 1½ Stunden. Der tödtliche Ausgang erfolgte nach 8 Tagen an Erschöpfung, nachdem am 6. Tage eine Nachblutung der Cruralis zur erfolgreichen Continuitätsunterbindung der Iliaca externa Anlass gegeben hatte.

Sitzung vom 6. December 1894.

Herr **Münz** spricht über einen isolirten Hypoglossuskrampf bei einem 10jährigen Knaben, der vor ½ Jahr Diphtherie durchgemacht hatte. Vor 4 Tagen stellten sich plötzlich Bewegungen der Zunge ein. Der Krampf ist jetzt beim Herausstrecken der Zunge ein klonischer, beim Kauen ein tonischer, indem die Zunge nach hinten geballt ist. Auf Bromnatrium mit Arsen trat in 14 Tagen Heilung ein. Die Ursache konnte nicht ermittelt werden.

Herr **Münz** berichtet hierauf über einen Fall von Ileus mit Ausgang in Heilung.

Hierauf berichtet Herr **Münz** über eine Opiumvergiftung bei einem 1½jährigen Kind, das aus Versehen 1½ Theelöffel Opiumtinctur erhalten hatte. Nach Atropin und heissen Bädern mit kalten Douchen trat Heilung ein.

Herr **Frankenburger** spricht unter Zugrundelegung von Schleich's Buch: „Schmerzlose Operationen“ über die Narkosenfrage, wobei er seine Erfahrungen aus nahezu tausend selbstgeleiteten Narkosen mit verwerthet.

Sodann verbreitet er sich ausführlicher über die bis jetzt von ihm geleiteten Aethernarkosen auf Grund deren, sowie der in der neueren Literatur mitgetheilten Beobachtungen, er dem Aether einen Vorzug vor dem Chloroform nicht zuerkennt, sondern für seine Person lieber bei der Chloroformnarkose verbleibt. Den Schluss des Vortrages bildet die Verlesung von Thesen Scleich's zur Chloroform- und Aethernarkose, welchen der Vortragende beipflichtet.

Vorstellung des bekannten Falles von Myositis ossificans.

Sitzung vom 20. December 1894.

Herr **Flatau** spricht über medicamentöse und operative Behandlung der Incontinenz der weiblichen Blase und stellt eine Patientin vor, bei welcher wegen Harnträufelns durch Torsion der Harnröhre um ihre Längsachse (über 360°) Heilung erzielt wurde.

Herr **Heinlein** theilt den Sectionsbefund eines 64jährigen Mannes mit, welcher wegen eines stenosirenden Speiseröhrencarcinoms mit methodischen Cancroininjectionen behandelt und dessen Zustand dadurch ausserordentlich günstig beeinflusst worden war. Der Tod erfolgte, nachdem sich Patient mit Rücksicht auf sein günstiges Befinden Monate lang der ärztlichen Behandlung entzogen hatte, an eitriger Meningitis cerebrospinalis. Bei der Section fand sich ein ringförmiges, nicht mehr stenosirendes Carcinom des unteren Drittels der Speiseröhre. Die Neubildung war früher offenbar ulcerirt gewesen, während jetzt die Oberfläche desselben vollständig von Epithel überzogen war.

Herr **Heinlein** erstattet den zweiten Theil seines Referates über Heim's Lehrbuch der Bakteriologie.

Herr **Frankenburger** referirt über Krankengeschichte und Sectionsbefund einer 44jährigen Frau, welche an einem Fussgeschwür operirt worden war und plötzlich verstorben war. Die Section ergab Thrombose des Hauptstammes der Arteria pulmonalis.

Das Diphtherieantitoxin gab in verschiedenen Sitzungen Anlass zu Mittheilungen von Beobachtungen und zu interessanten Discussionen.

Görl-Nürnberg.

Verschiedenes.

(Die Wiener Aerztekammer und die ärztliche Reclame.) Die Wiener Aerztekammer hat in ihrer Sitzung vom 19. April 1895 in Betreff der ärztlichen Reclame folgende Beschlüsse gefasst (vergl. den Wiener Brief in No. 9 dieser Wochenschr.): I. Eines des ärztlichen Standes unwürdigen Verhaltens im Sinne des § 12 K. G., al. 5, macht sich der Arzt schuldig, welcher 1. sich in Zeitungen (mit Ausnahme der ärztlichen), Placaten, Reisehandbüchern, Fremdenführern, Wegweisern, Kalendern (mit Ausnahme der ärztlichen), Flugblättern, Circulären, Hôtelblocks und ähnlichen Druckwerken ankündigt, oder die Ankündigung gestattet, oder dieselbe nicht verhindert, wenn für ihn die Möglichkeit hiezu vorhanden war. Ausgenommen sind ein- bis höchstens dreimalige Anzeigen in Tagesblättern und die einmalige Versendung von Circulären über erfolgte Niederlassung, Rückkehr nach längerer Abwesenheit und Wohnungswechsel, woferne diesen Anzeigen nicht mehr als Name, akademischer Grad, legale ärztliche Titel, Bezeichnung des wissenschaftlich abgegrenzten Specialfaches, Adresse und Ordinationszeit hinzugefügt wird; 2. die Veröffentlichung von Dank- oder Anerkennungsschreiben seitens einer von ihm behandelten Person oder deren Vertreter bestellt oder veranlasst, oder es unterlässt, die Veröffentlichung solcher Erklärungen zu verhindern, wenn für ihn die Möglichkeit hiezu vorhanden war; 3. in populären Abhandlungen oder Vorträgen seine persönliche ärztliche Hilfeleistung oder ein seinen Namen tragendes Medicament oder Heilverfahren im augenscheinlichen Gegensatze zu anderen Aerzten oder anderen Medicamenten oder Heilmethoden direct oder indirect empfiehlt oder anbietet; 4. Hebammen, ferner Agenten, Hôtelbedienstete, Commissionäre, Hausbesorger oder andere Personen für die Zuweisung von Patienten entlohnt; 5. durch Anbringung von marktschreierischen Firmatafeln die Aufmerksamkeit des Publicums auf sich lenkt; 6. eine von ihm geleitete oder ihm gehörige ärztliche Anstalt oder ein solches Institut in marktschreierischer Weise ankündigt. II. Der Ehrenrath ist in seinen Amtshandlungen nicht auf die angeführten Punkte beschränkt, sondern kann auch andere analoge Verletzungen des ärztlichen Anstandes disciplinariter verfolgen.

(Die Steilschrift während der letzten 5 Jahre) betitelt Dr. P. Schubert-Nürnberg einen in der Z. für Schulgesundheitspflege veröffentlichten Artikel, der mit folgenden Sätzen schliesst: „Mit wie grosser Vorsicht man auch die Beziehungen der Steilschrift zu Kurzsichtigkeit und Schiefwuchs beurtheilen mag, über die Schreibhaltung haben die Schulversuche der letzten 5 Jahre Folgendes mit Sicherheit gelehrt: 1) in theoretischer Hinsicht, dass durch schräge Zeilenführung ein Zug auf Kopf und Schulter in der Richtung nach links und unten ausgeübt wird; 2) in praktischer Hinsicht, a) dass das Schreiben bei gerader Mittenlage des Heftes in der Schule irgend welcher Schwierigkeit nicht begegnet, b) dass durch diese Heftlage die schiefe Schreibhaltung sowohl der Häufigkeit, als dem Grade nach wesentlich vermindert wird. Die Steilschrift hat also ihre Probe bestanden. Sache der Behörden wird es nun sein, auf diese Prüfungsergebnisse nicht mit einem zaudernden „Ja, — aber!“, sondern mit einem thatkräftigen „Ja, — also!“ zu antworten.“

Therapeutische Notizen.

(Zur Behandlung der Hämorrhoiden) empfiehlt Roux-Lausanne dringend die sogenannte amerikanische Methode (Therap. Monatshefte 3, 95). In Steinschnittlage werden beide Daumen in den Darm gesteckt, und durch rhythmisches Auseinanderziehen der Anus so weit dilatirt, bis die Pulpa des Endgliedes der Daumen an die Tubera ischii stösst. Dabei fallen alle Knoten, stark mit Blut gefüllt, vor. Jeder einzelne Knoten wird mit Daumen und Zeigefinger umfasst, eine mit 50—80 proc. Carbolglycerin gefüllte Pravaz'sche Spritze von der Margo ani her in die Basis des Knotens eingestochen, und 2 Tropfen eingespritzt. Nach einigen Secunden schwillt der Knoten an und wird bläulich bis dunkelblau. Sind alle Knoten je mit 2 Tropfen eingespritzt, so ist die Schwellung so stark, dass die Hämorrhoiden keine Neigung mehr haben, sich zurückzuziehen. Einführung einer mit Borvaselin bestrichenen sanduhrförmigen Puppe und T-Binde. Man lässt die Kranken am besten 5—8 Tage das Bett hüten. Am 3. Tage sorgt man für einen nicht zu harten Stuhl. Die Operation kann mit und ohne Narkose ausgeführt werden.

Kr.

(Diphtheriebehandlung.) Dass sich bei der Diphtheriebehandlung auch ohne Heilserum gute Resultate erzielen lassen, beweist ein Bericht von Siegert aus der Kohts'schen Kinderklinik in Strassburg (Ther. Monatshefte 3, 95). Die K.'sche Behandlung besteht in Folgendem: Eiscravatte, Darreichung von Eisstückchen, Pinselung mit 10proc. Papayotinlösung unter Zusatz von 5proc. Carbolsäure, alle 5 Minuten, zunächst 1—2 Stunden lang; bei Fortschreiten der Diphtherie nach unten andauernde Füllung des Krankenzimmers mit Wasserdampf (Glycerin 250, Aq. 750, Natr. chlorat. 7,5); bei Stenose Tracheotomie. Daneben Uebererernährung und sorgfältige Warmhaltung. Von 658 nach diesen Grundsätzen in den Jahren 1889—1894 behandelten Diphtheriefällen starben 214 = 32,5 Proc., darunter 397 Tracheotomirte mit 176 Todesfällen = 44,3 Proc. Mortalität. Kr.

(Die besonders von Darier empfohlenen subconjunctivalen Sublimatinjectionen) sind nach Schmidt-Rimpler wirkungslos bei Hypopyonkeratitis, Hornhautulcerationen und diffuser Keratitis. Erfolgreicher und weiterer Versuche werth sind sie bei Iritis und vielleicht auch bei Chorio-Retinitis. Das Verfahren besteht bekanntlich darin, dass man 1—5 Tropfen einer 1 promill. Sublimatlösung etwa 7 mm vom Hornhautrande entfernt unter die vorher cocaïnisirte Conjunctiva spritzt. (Ther. Monatshefte 3, 95). Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. April. Eine Gefahr, die leicht zu einer neuen Schädigung der moralischen und materiellen Stellung der Aerzte führen könnte, wenn letztere nicht durch einmüthiges Verhalten dieselbe abwenden, liegt in der schon mehrfach versuchten Gründung von sogenannten Wirthschaftsvereinigungen, durch welche ausserhalb des Krankencassengesetzes stehende Kreise sich billige ärztliche Hilfe zu verschaffen suchen. Mit solchen Vereinigungen hatte sich der ärztliche Bezirksverein Leipzig-Stadt kürzlich zu beschäftigen. Es bestehen deren in Leipzig zwei: die „Wirthschaftsvereinigung für Lehrer" und der „Leipziger Wirthschaftsverband"; beide bezwecken, für ihre Mitglieder Vortheile bei Beschaffung aller möglichen Lebensbedürfnisse, darunter also auch ärztlicher Hilfe, zu erzielen. Das Referat über die Frage erstattete Dr. Schellenberg, welcher nachwies, dass diese Vereinigungen keinerlei Gegenleistungen, nicht einmal Garantie des Honorars gewähren, dass Leute in den besten Verhältnissen, mit Einkommen bis zu 9000 Mark, Mitglieder derselben seien, und dass die ganze wirthschaftliche Existenz der Aerzte in's Wanken kommen müsse, wenn man sich auf solche Anerbietungen einlasse. Nach kurzer Discussion wurden folgende, Namens des Gesammtvorstandes von dem Referenten gestellte Anträge einstimmig angenommen:

I. „In Erwägung, dass es im Interesse des ärztlichen Standes wie der Mitglieder des ärztlichen Bezirksvereins nicht liegt, auf das Recht der freien Vereinbarung des ärztlichen Honorars ohne zwingenden Grund zu verzichten; in Erwägung, dass von jedem Mitgliede des ärztlichen Bezirksvereins zu erwarten ist, dass es weniger gut gestellten Patienten gegenüber mit einem den Verhältnissen derselben angemessenen Honorar sich begnügen werde; in Erwägung, dass es für die moralische wie materielle Stellung der Aerzte von der grössten Bedeutung ist, weder von Vereinswegen noch seitens einzelner Mitglieder Bestrebungen zu unterstützen, deren Zweck ist, das ärztliche Honorar im Allgemeinen herabzudrücken, und deren Folge sein muss, dass das Ansehen des ärztlichen Standes mehr und mehr sinkt — beschliesst der ärztliche Bezirksverein, eine bindende Vereinbarung mit der „Wirthschaftsvereinigung für Lehrer" nicht abzuschliessen."

II. „Der ärztliche Bezirksverein erklärt es gleichzeitig für unstatthaft und mit dem Ansehen, welches der ärztliche Stand beanspruchen muss, nicht vereinbar, dass in dem „Lieferanten- bezw. Firmen-Verzeichniss" derartiger Wirthschaftsverbände die Namen von Aerzten mit dem Hinweis aufgeführt werden, dass die Betreffenden zur „Rabattgewährung" oder zu „wesentlichen Preisermässigungen" an die Mitglieder der Verbände bereit seien. Die Mitglieder des ärztlichen Bezirksvereins, deren Namen in dem „Lieferanten-Verzeichniss der Wirthschaftsvereinigung für Lehrer", sowie in dem „Firmen-Verzeichniss des Leipziger Wirthschaftsverbandes" abgedruckt stehen, werden daher aufgefordert, auf alsbaldige Streichung ihrer Namen hinzuwirken, sowie ihre event. Beziehungen zu den betreffenden Verbänden zu lösen."

III. Die Standesordnung des ärztlichen Bezirksvereins Leipzig-Stadt erhält folgenden Zusatz: „Das Anbieten und Gewähren von Vortheil irgend welcher Art an dritte Personen, um sich Praxis zu verschaffen, ist unstatthaft."

Diese Beschlüsse sollen allen Mitgliedern des Vereins durch Circular bekannt gegeben werden.

In der Discussion war eine Stimme laut geworden, welche davor warnte, die Vereinbarung mit dem Lehrerverbande abzulehnen, da der Verband sich dann an nicht dem Bezirksverein angehörende Aerzte wenden würde. Wir freuen uns, dass die Leipziger Collegen sich durch diese kleinliche Befürchtung, die gerade den Krankencassen gegenüber schon so oft zum Zugeständniss unwürdiger Bedingungen geführt hat, nicht haben bewegen lassen, von dem geraden, durch die wichtigsten Interessen des Standes vorgezeichneten Wege abzuweichen.

— Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern tritt morgen in Berlin zusammen.

— Die diesjährige Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 25. und 26. Mai in Baden-Baden stattfinden. Professor Bäumler-Freiburg und Director Fischer in Pforzheim sind Geschäftsführer.

— Influenza: In der Woche vom 31. März bis 6. April war die Seuche in Deutschland fast überall in der Abnahme begriffen; in Berlin kamen nur noch 16 Todesfälle gegen 30 in der Vorwoche vor. Von den Städten des Auslandes war die Zahl der Todesfälle an Influenza merklich erhöht in Moskau, Petersburg, Amsterdam.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 14. Jahreswoche, vom 31. März bis 6. April 1895, die grösste Sterblichkeit Liegnitz mit 44,6, die geringste Sterblichkeit Spandau mit 8,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Ein neuer Krankentransportwagen ist von der Firma Ernst Lenz, Berlin S.W., nach Angaben von Dr. med. D. Hönig in Berlin construirt worden. Der Wagen hat die Form eines fünfräderigen Velocipeds, das durch 2 Personen (vorn und hinten) in Bewegung gesetzt wird. Auf den mit Pneumatikreifen bezogenen Rädern ruht eine mit einer Matratze versehene Tragbahre, welche durch ein aus Segeltuch gefertigtes und auf allen Seiten geschlossenes Verdeck gegen Witterung geschützt wird. Der Apparat ist nur aus Stahlrohr gefertigt und daher ausserordentlich leicht. Vermöge seiner Luftgummireifen und der Federn, auf denen die Bahre liegt, ist das Fahren vollkommen geräuschlos und ebenso jede Erschütterung ausgeschlossen. Am Wagen selbst ist ein Kasten für Verbandmaterial und Instrumente angebracht, um, wenn nöthig, sofort an Ort und Stelle einen Verband oder eine Operation vornehmen zu können. Durch ein hinten angebrachtes Fenster kann der Wärter den Kranken während der Fahrt genau beobachten, um demselben im Nothfalle Hilfe zu leisten. Dank der leichten Construction des beschriebenen Fahrrades, kann man mit diesem selbst auf dem schlechtesten Pflaster eine grössere Schnelligkeit erreichen. Wagen und Tragbahre können sehr leicht desinficirt werden, so dass damit auch den Ansprüchen der Hygiene Rechnung getragen ist.

(Universitäts-Nachricht.) **Marburg.** Dr. Behring ist zum a. o. Professor an der Universität Marburg ernannt worden und übernimmt daselbst die Leitung des hygienischen Instituts.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. L. Seif, approb. 1892, in München; Dr. Julius Ehrmann, appr. 1888, in Bamberg; Dr. Paul Mennicke, approb. 1893, in Ebnath, Bez.-Amt Kemnath.

Verzogen. Dr. Weber von Ebnath (Kemnath) nach Burghaslach (Scheinfeld).

Gestorben. Dr. Oskar Mahir, praktischer Arzt in München; Dr. Friedrich Loechner, kgl. Bezirksarzt a. D. in Zweibrücken.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 15. Jahreswoche vom 7. bis 13. April 1895.

Betheil. Aerzte 390. — Brechdurchfall 10 (8*), Diphtherie, Croup 39 (43), Erysipelas 15 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 4 (3), Kindbettfieber 3 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 18 (8), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 5 (5), Parotitis epidemica 5 (4), Pneumonia crouposa 35 (25), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 36 (28), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 9 (19), Tussis convulsiva 16 (15), Typhus abdominalis 1 (—), Varicellen 10 (10), Variolois — (—). Summa 206 (187). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 15. Jahreswoche vom 7. bis 13. April 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach 1 (2), Diphtheritis und Croup 4 (7), Rothlauf 1 (—), Kindbettfieber 1 (2), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 1 (—), Brechdurchfall — (3), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten 1 (-), Croupöse Lungenentzündung 4 (5), Tuberculose a) der Lungen 32 (25), b) der übrigen Organe 9 (4), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), Andere übertragbare Krankheiten 9 (16), Unglücksfälle — (2), Selbstmord 2 (—), Tod durch fremde Hand — (—), Sonstige Todesursachen 6 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 196 (192), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 25,7 (25,3), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17,5 (16,0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15,3 (13,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.